

Intersectoral Synergy for Urban Health Promotion: A Qualitative Study of the Interaction Between the Health System and City Councils in Iran

Maryam paydar

Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Ph.D. Candidate, Faculty of Civil Engineering, Shahrood University of Technology, Shahrood, Iran.

Najmeh Khodadadi

* Department of Health, Safety, Environment management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

(Corresponding Author)

khodadadinj@mums.ac.ir

Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Aidin Aryan Khesal

University of East Anglia, Norwich, UK.

Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Ali Vafae Najar

Department of Management Sciences and Health Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Background and Purpose: The COVID-19 pandemic has highlighted the critical need for targeted collaboration between the health system and local institutions globally. Successful experiences of various countries in this crisis have shown that effective intersectoral collaboration can greatly improve crisis management. This study aimed to investigate the interaction between the Iranian health system and city councils to promote community health by relying on institutional collaboration in 2004.

Materials and Methods: This qualitative research was conducted using semi-structured interviews with key experts from the Ministry of Health, universities of medical sciences, and metropolitan city officials. Purposive sampling using the snowball method was used to select 15 participants to achieve a diversity of perspectives. To ensure the accuracy and validity of the data, the criteria of validity, reliability, transferability, and verifiability were systematically implemented. The interviews were transcribed and analyzed line by line, categorized through thematic content analysis, and codes were organized using MaxQDA 12 software based on common concepts.

Results: The analyses revealed two main themes of barriers to participation and partnership solutions, which included seven subthemes, 21 categories, 15 subcategories, and 9 sub-subcategories. The most important barriers to participation included a deterrent attitude, resistance to change, a weak culture of participation, lack of awareness, and parallel work. The suggested solutions included using existing capacities, creating permanent cooperation mechanisms, integrating public policies, improving citizen satisfaction, and facilitating joint planning.

Conclusion: The study findings showed that despite the existence of numerous structures and related laws, the partnership between the health system and municipalities still faces many challenges. Therefore, developing a practical framework to strengthen cooperation between health institutions and urban management seems essential. This framework should avoid creating new structures and controversial laws and focus on cultural alignment, utilizing existing resources, and strengthening infrastructure. Such a partnership model can reduce costs, improve population health, and increase the resilience of the country's health system against future crises.

Keywords: Intersectoral Collaboration , Urban Health, Health Systems , City Councils , Qualitative Research.

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

► **Citation:** Paydar M, Khodadadi N, Aryan Khesal A, Vafae Najar A. Intersectoral Synergy for Urban Health Promotion: A Qualitative Study of the Interaction Between the Health System and City Councils in Iran. *Iran J Health Educ Health Promot.* Summer 2026; 14(3):13-26

Received: 2025/10/27

Accepted: 2026/04/14

Doi: 10.22034/ijhep.14.3.2

هم‌افزایی بین‌بخشی برای ارتقای سلامت شهری: مطالعه‌ی کیفی تعامل بین نظام سلامت و شوراهای شهر در ایران

مریم پایدار

گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
دانشجوی دکتری، دانشکده مهندسی عمران، دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران.

نجمه خدادادی

استادیار، گروه مدیریت سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
khodadadinj@mums.ac.ir
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

آیدین آرین‌وصال

دانشگاه ایست آنجلیا، نورویچ، انگلستان.
دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

علی وفايي‌نجان

گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: همه‌گیری کووید ۱۹ نیاز حیاتی به همکاری‌های هدفمند میان نظام سلامت و نهادهای محلی در سطح جهانی را برجسته ساخت. تجربیات موفق کشورهای گوناگون در این بحران نشان داد که همکاری‌های بین‌بخشی مؤثر می‌تواند مدیریت بحران را به‌شدت بهبود بخشد. این مطالعه با هدف بررسی تعامل میان نظام سلامت ایران و شوراهای شهر به‌منظور ارتقای سلامت جامعه با تکیه بر همکاری‌های نهادی در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کیفی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با خبرگان کلیدی از وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مسئولان شهری کلان شهر انجام شد. نمونه‌گیری هدفمند با روش گلوله برفی برای انتخاب ۱۵ شرکت‌کننده به‌منظور دستیابی به تنوع دیدگاه‌ها به کار رفت. برای اطمینان از صحت و اعتبار داده‌ها، معیارهای اعتبار، قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری و قابلیت تأیید به‌طور سیستماتیک اجرا شدند. مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و خط به خط تحلیل شدند و از طریق تحلیل محتوای تماتیک دسته‌بندی و کدها با کمک نرم‌افزار MaxQDA 12 و بر اساس مفاهیم مشترک سازماندهی شدند.

یافته‌ها: تحلیل‌ها دو تم اصلی موانع مشارکت و راهکارهای مشارکت را آشکار ساخت که شامل هفت زیرتم، ۲۱ دسته، ۱۵ زیر دسته و ۹ زیر دسته بود. مهم‌ترین موانع مشارکت شامل نگرش بازدارنده، مقاومت در برابر تغییر، ضعف در فرهنگ مشارکت، بی‌اطلاعی و موازی کاری بودند. راهکارهای پیشنهادی شامل استفاده از ظرفیت‌های موجود، ایجاد سازوکارهای دائمی همکاری، تلفیق سیاست‌های عمومی، ارتقای رضایت شهروندان و تسهیل برنامه‌ریزی مشترک بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که علی‌رغم وجود ساختارهای متعدد و قوانین مرتبط هم‌چنان مشارکت بین نظام سلامت و شهرداری‌ها با چالش‌های زیادی مواجه است. لذا تدوین چارچوبی عملی برای تقویت همکاری بین نهادهای سلامت و مدیریت شهری ضروری به نظر می‌رسد. این چارچوب باید از ایجاد ساختارهای جدید و قوانین بحث‌برانگیز اجتناب کرده و تمرکز آن بر همسویی فرهنگی، به‌کارگیری منابع موجود و تقویت زیرساخت‌ها باشد. چنین مدل همکاری می‌تواند ضمن کاهش هزینه‌ها، ارتقای سلامت جمعیت و افزایش تاب‌آوری نظام سلامت کشور را در برابر بحران‌های آتی فراهم سازد.

کلیدواژه‌ها: همکاری بین‌بخشی، سلامت شهری، نظام سلامت، شوراهای شهر، پژوهش کیفی.

◀ **استناد:** پایدار م، خدادادی ن، آرین وصال الف، وفايي‌نجان ع. ت هم‌افزایی بین‌بخشی برای ارتقای سلامت شهری: مطالعه‌ی کیفی تعامل بین نظام سلامت و شوراهای شهر در ایران. *فصلنامه‌ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. تابستان ۱۴۰۵؛ ۱۴(۳): ۲۶-۱۳.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۵

نوع مقاله: پژوهشی

در دهه‌های اخیر، مفهوم سلامت دچار تحولی بنیادین شده و دیگر صرفاً به نبود بیماری یا ناتوانی‌های جسمی محدود نمی‌شود؛ بلکه سلامت به‌عنوان حالتی پویا و چندبعدی از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌شود که در آن فرد توانایی سازگاری مؤثر با شرایط زندگی، ایفای نقش‌های فردی و اجتماعی و بهره‌مندی از کیفیت مطلوب زندگی را داراست (۱). دستیابی به چنین تعریف جامعی، نیازمند فراتر رفتن از مرزهای سنتی نظام سلامت و تعامل فعالانه با سایر نهادهای اجتماعی، فرهنگی، شهری و سیاسی است. این امر زمینه‌ساز ظهور رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» یا Health in All Policies شده که به‌عنوان چارچوبی کلیدی در سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای پیشرو مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲).

سازمان بهداشت جهانی پس از ۱۰ سال تجربه در برنامه‌ریزی و اقدام اجتماعی، به درک خوبی از سلامت و این واقعیت رسیده است که عوامل تعیین‌کننده اولیه سلامت، شرایط اجتماعی-اقتصادی هستند. این سازمان پروژه «شهرهای سالم» را به‌عنوان نقطه شروعی برای حمایت از رویکردهای یکپارچه برای ارتقای سلامت در سطح شهر ارائه کرده است. بر اساس این پروژه، شهرداری می‌تواند منابع را به‌عنوان پایین‌ترین سطح مدیریت کند و با استفاده از اختیارات سیاسی و قانونی خود، رویکردهای بین‌بخشی به سلامت را ایجاد و اجرا کند.

در سال ۱۹۸۹، کننهایگ به شبکه شهرهای سالم در سازمان بهداشت جهانی پیوست. این شهر به دلیل موفقیت‌های بزرگش «شهر سالم» نامگذاری شد. سازمان بهداشت جهانی فعالیت‌های این شهر را یکپارچه، حرفه‌ای و نوآورانه توصیف می‌کند و معتقد است که این برنامه‌ها با هویت شهروندان کننهایگ سازگار است. شهرداری کننهایگ اقدامات پیشگیرانه و یک برنامه پیشرفته و مهم برای ارتقای سلامت ارائه داد که به اتفاق آرا توسط شورای شهر کننهایگ تصویب شد. کننهایگ می‌تواند الگویی برای شهرهای اروپای شرقی باشد. ساختار طرح شهر سالم کننهایگ در دو سطح است: یکی با تمرکز بر وظایف اداری و دیگری با تمرکز بر برنامه‌های میدانی، به عنوان مثال، مرکز کننهایگ ارتباط مستقیمی با ساکنان هر محله برای ترک سیگار و ساخت فروشگاه‌های سالم برقرار کرده است. وزارت بهداشت به

شدت از این برنامه حمایت می‌کند و با مقامات محلی در تماس مداوم است (۳).

لیورپول، انگلستان، یکی از اولین شهرهایی بود که در سال ۱۹۹۸ به جنبش شهر سالم پیوست. در این شهر، گروهی تأسیس شد که هدف اصلی آن تسهیل توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشت عمومی بود. مرحله دوم در سال ۱۹۹۳ آغاز شد که بر ایجاد ساختارهایی برای توسعه برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی برای برنامه بهداشت

عمومی شهر تمرکز داشت. متعاقباً، یک کمیته مشترک بهداشت عمومی و کمیته مشورتی مشترک تشکیل شد (۴) از سال ۱۹۹۴، شهرداری سوئیس اهداف بلندمدت واقع‌بینانه‌های را با عنوان «برنامه‌ی شهر سالم» طراحی کرده است. برای دستیابی به این اهداف بلندمدت، برنامه ارزیابی تأثیر سلامت طراحی و اجرا می‌شود. طبق این برنامه، هرگونه تصمیمی قبل از تصویب در شورای تأمین اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. برنامه‌ی مذکور مجموع‌های از روش‌ها و ابزارها است تا اطمینان حاصل شود که اثرات بالقوه (مثبت یا منفی، مستقیم یا غیرمستقیم) یک قانون، سیاست عمومی، برنامه یا پروژه بر سلامت جمعیت ارزیابی می‌شود. هم‌چنین، این برنامه ابزاری برای تسهیل تصمیم‌گیری است زیرا امکان به حداقل رساندن اثرات منفی بر سلامت هر طرحی را که قبل از نهایی شدن فرآیند تصمیم‌گیری به حداقل می‌رسد، فراهم می‌کند و اثرات مفید آن را بهبود می‌بخشد (۵).

همه‌گیری کووید-۱۹، به شکل بی‌سابق‌های اهمیت همکاری بین بخشی را آشکار کرد. در کشورهایی که نظام سلامت توانست با نهادهای محلی مانند شوراهای شهر، شهرداری‌ها و بخش خصوصی تعامل مؤثری ایجاد کند، شاخص‌های کنترل بحران و رضایتمندی عمومی چشمگیرتر بود (۶). این تجربه‌ی جهانی نشان می‌دهد که مدیریت سلامت نه‌تنها به زیرساخت‌های درمانی، بلکه به ظرفیت‌های اجتماعی و مدیریتی در سطح شهری و محلی وابسته است.

در ایران نیز، نظام سلامت با چالش‌هایی نظیر تمرکز درمان‌محور، محدودیت‌های مالی، کمبود نیروی انسانی و ضعف در زیرساخت‌های اجتماعی مواجه است که لزوم مشارکت مؤثر با نهادهای محلی را دوچندان می‌کند (۷). شوراهای شهر و شهرداری‌ها به‌عنوان متولیان فضای شهری

و فرهنگ عمومی، ظرفیت‌های منحصر به فردی در زمینه‌هایی چون توسعه فضاهای سبز، ارتقای سواد سلامت، اصلاح سبک زندگی و کاهش استرس و آلودگی‌های محیطی دارند. درک این ظرفیت‌ها و هدایت آن‌ها در مسیر ارتقای سلامت عمومی نیازمند ایجاد ساختارهای پایدار مشارکت و هماهنگی میان این نهادهاست.

علی‌رغم تأکید قوانین برنامه‌ی توسعه‌ی کشور و مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، همکاری بین شهرداری‌ها و نظام سلامت هم‌چنان فاقد انسجام اجرایی و چارچوب مشخص است. در پژوهش حاضر، تلاش شده است تا با تمرکز بر تجربیات داخلی و تحلیل کیفی نظرات صاحب‌نظران، موانع مشارکت مؤثر میان نظام سلامت و شوراهای شهر و شهرداری‌ها ایران شناسایی و راهکارهای عملیاتی برای ایجاد این هم‌افزایی ارائه گردد. این مشارکت می‌تواند نه تنها سلامت شهروندان را ارتقا دهد بلکه در کاهش هزینه‌های سلامت، افزایش اعتماد عمومی و تحقق شاخص‌های توسعه پایدار نیز نقش آفرین باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کیفی و به روش مصاحبه انجام شد. معیارهای ورود به مصاحبه تصدی پست مدیریتی مرتبط با موضوع و سابقه خدمت در آن سمت بود و نمونه‌ها با حداکثر تنوع از بین خبرگان ارشد وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، شهرداری‌ها و شوراهای شهر به روش نمونه‌گیری هدفمند نامتجانس، به شیوه‌ی گلوله برفی انتخاب شدند. و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت (۸). راهنمای مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته تهیه شد که شامل سوالات اصلی و فرعی بود. سوالات اصلی عبارت بود از: اول از نظر شما مشکلات پیش روی مشارکت بین نظام سلامت و شهرداری‌ها و شوراهای شهر چیست؟ دوم: از نظر شما راهکارهای ایجاد مشارکت بین نظام سلامت و شهرداری‌ها و شوراهای شهر چیست؟ و سوالات فرعی بر اساس پاسخ‌های ارائه شده به سوالات اصلی در حین مصاحبه توسط مصاحبه گر طراحی و پرسیده می‌شد. مصاحبه‌ها توسط یک نفر متخصص سیاست گذاری سلامت در دفتر کار مصاحبه شونده‌ان انجام شد که هر کدام حداقل دو ساعت به طول می‌انجامید. حین

مصاحبه ضمن یادداشت برداری، با اجازه‌ی افراد، از ضبط صوت هم استفاده شد. برای اطمینان از صحت و اعتبار داده‌های کیفی، معیارهای اعتبار، قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری و قابلیت تأیید به طور سیستماتیک اجرا شدند. اعتبار از طریق فرآیندهایی مانند بررسی توسط اعضا و پرسش و پاسخ توسط هم‌تایان افزایش یافت. شرکت‌کنندگان در بررسی رونویسی‌ها مشارکت داشتند تا تأیید شود که دیدگاه‌های آن‌ها به طور دقیق ارائه شده است و منجر به اصلاحات لازم شد. جلسات پرسش و پاسخ توسط هم‌تایان برای رسیدگی به سوگیری‌های احتمالی برگزار شد، در حالی که نقل قول‌های مستقیم برای نمایش شفاف یافته‌ها گنجانده شد. قابلیت اطمینان از طریق مستندسازی جامع فرآیند تحقیق، که پروتکل مصاحبه و روش‌های نمونه‌گیری را به تفصیل شرح می‌داد حاصل شد. یک مسیر حساسی برای ثبت تمام تصمیمات مربوط به جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها حفظ شد و فرآیند توسط کارشناسان تحقیقات کیفی برای اطمینان از ثبات بررسی شد. قابلیت انتقال با ارائه شرح مفصلی از زمینه مطالعه و جمعیت‌شناسی تسهیل شد که به خوانندگان در ارزیابی ارتباط یافته‌ها با سایر زمینه‌ها کمک می‌کند. قابلیت تأیید از طریق شیوه‌های بازتابی افزایش یافت. محقق اصلی یک دفتر خاطرات بازتابی برای مستندسازی فرضیات شخصی و کاهش سوگیری داشت. تفسیرها از طریق بررسی توسط اعضا تأیید شدند و یادداشت‌های میدانی مشاهدات را ثبت کردند. ارزیابان خارجی برای اطمینان از بی‌طرفی، میزبانی‌هایی انجام دادند. تیم تحقیقاتی برای تشخیص پیش‌داوری‌ها، خوداندیشی انتقادی را انجام داد و بدین ترتیب اطمینان حاصل کرد که نظرات شرکت‌کنندگان در تحلیل، محور اصلی باقی می‌ماند.

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مضمون تماتیک انجام شد. همزمان با انجام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی آن نیز شروع شد. پس از اتمام پیاده‌سازی، هر متن سطر به سطر خوانده و کدگذاری شد و کدها طبق مفاهیم مشترک طبقه‌بندی شدند. نهایتاً ارتباط منطقی بین داده‌ها برقرار و مضمون‌ها و مقولات اصلی به دست آمد (۹). برای این منظور از نرم افزار MaxQDA ۱۲ استفاده شد. در ادامه **جدول ۱** خلاصه طراحی مطالعه و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان آورده شده است.

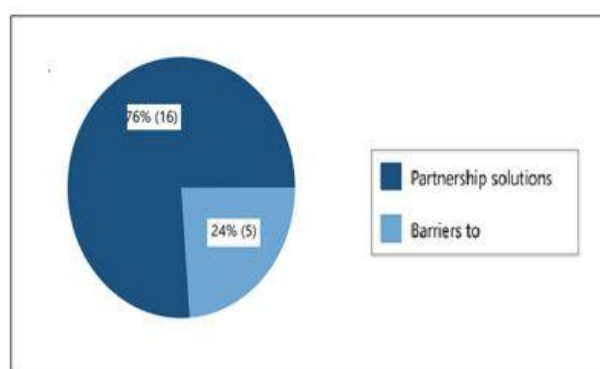
یافته‌ها

نمونه‌گیری هدفمند تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد و در نهایت با ۱۵ شرکت‌کننده مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق انجام شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۷ سال بود و ۸۶ درصد از مصاحبه

شوندگان مرد و ۱۴ درصد زن بودند. اطلاعات مصاحبه‌شوندگان در **جدول ۱** ارائه شده است. در تم بندی، دو تم اصلی موانع مشارکت و راهکارهای مشارکت، هفت زیر تم و ۲۱ دسته و ۱۵ زیر دسته و نهایتاً ۹ زیردسته به دست آمد. **نمودار ۱** مقایسه حجم موانع با تعدد راهکارها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه

ردیف	سن	جنس	سمت
۱	۶۰	مرد	رئیس دانشگاه
۲	۵۴	مرد	معاون وزیر بهداشت
۳	۴۹	مرد	معاون برنامه ریزی شهرداری
۴	۷۰	مرد	معاون بهداشتی دانشگاه
۵	۵۷	مرد	عضو کمیسیون سلامت شورای شهر
۶	۵۵	زن	عضو دو دوره شورای شهر
۷	۶۳	مرد	عضو شورا و رئیس کمیسیون سلامت
۸	۴۲	مرد	معاون درمان دانشگاه
۹	۴۰	زن	مدیر کل سلامت شهرداری
۱۰	۶۲	مرد	معاون اجتماعی دانشگاه
۱۱	۵۸	مرد	رئیس دانشگاه
۱۲	۶۶	مرد	معاون اجتماعی شهرداری
۱۳	۵۹	مرد	عضو کمیسیون سلامت شورای شهر
۱۴	۵۷	مرد	معاون اجتماعی شهرداری
۱۵	۶۹	مرد	رئیس دانشگاه



نمودار ۱. مقایسه حجم موانع با تعدد راهکارها

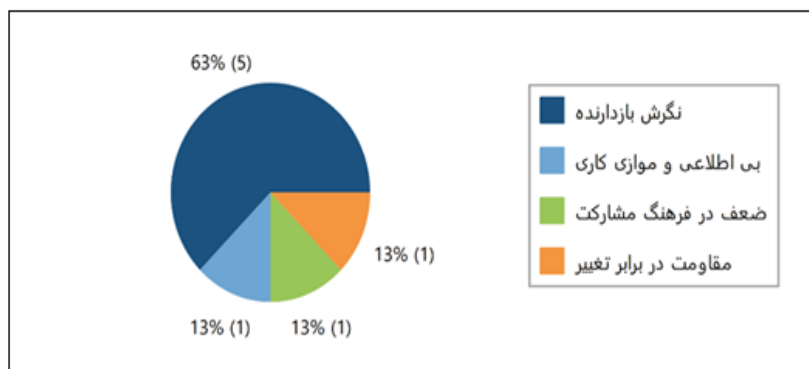
در جدول ۲ مشروح دسته بندی تم اول (موانع مشارکت) و تم های آن به همراه با ذکر نمونه ای از محتوای مصاحبه
در جدول ۳ مشروح تم دوم (راهکارهای مشارکت) و زیر

جدول ۲. شرح تم اول (موانع مشارکت) و زیر تم های آن به همراه نمونه ای از محتوای مصاحبه

زیر تم ها	دسته	نمونه مصاحبه
نگرش بازدارنده	رویکرد سازمانی	"مدیران در اولویت بین منافع سازمانی و منافع ملی، منافع سازمانی را انتخاب و می گویند اگر منافع سازمان ما تامین شود، همراهی می کنیم." م.ک ۱۱
	رویکرد سیاسی	"شورای شهر و شهرداری سیاسی فکر کرده و دنبال بهره برداری های سیاسی هستند. سلامت باید از سیاست جدا باشد" م.ک ۱۰
	رویکرد مالی	"همان اول می گفتند چون اعتبار مالی نداریم پس جلسه هم نداریم. نگاهها، بودجهای بود، موضوعی نبود." م.ک ۶
	رویکرد ارباب و رعیتی	"مادام که ما دولتی ها از بالا به پایین نگاه کنیم، در مشارکت توفیقی پیدا نمی کنیم. همیشه خود را ارباب و سایر سازمان ها را برده فرض کردیم." م.ک ۱۳
مقاومت در برابر تغییر	رویکرد صرفا درمانی	"در نظام سلامت، ساده ترین و سیاسی ترین رویکرد، رویکرد درمانی و مورد اقبال مدیران است و همین نگاه، باعث خسارت مردم و کشور است." م.ک ۱۵
		"همکاری بین نظام سلامت و دولت محلی، تجربه موفق جهانی است. با این وجود مقاومت در برابر آن زیاد است مثلا وزارت بهداشت حاضر به واگذاری خدمات نیست." م.ک ۱۱
ضعف در فرهنگ مشارکت		"در مورد مشارکت با یکدیگر هر چه که می کشیم از فرار از همدیگر است. صحبت های همدیگر را تحمل نمی کنیم. فرهنگ مشارکت در ما ضعیف است." م.ک ۵
بی اطلاعی و موازی کاری		"برنامه های همدیگر را نمی دانیم. چه اشکالی دارد فرهنگ سرای سلامت، بگوید آقای بهداشت، این برنامه ی ما. ما هم در عوض موازی کاری نکنیم." م.ک ۹.

مربوط به زیرتم نگرش های بازدارنده، ۱۳ درصد مقاومت در برابر تغییر، ۱۳ درصد ضعف در فرهنگ مشارکت و ۱۳ درصد آن نیز مربوط به زیر تم بی اطلاعی و موازی کاری می باشد.

آگاهی از موانع این مشارکت، در شناخت راهکارهای تسهیل و ایجاد آن بسیار اهمیت دارد. منظور از موانع مشارکت عواملی است که سبب سختی و کندی مشارکت می شوند همان گونه که در نمودار ۲ مشاهده می شود ۶۳ درصد آن



نمودار ۲. توزیع عوامل موانع مشارکت تحلیل (MAXQDA)

جدول ۳. شرح تم دوم (راهکارهای مشارکت) و زیر تم های آن به همراه نمونه ای از محتوای مصاحبه

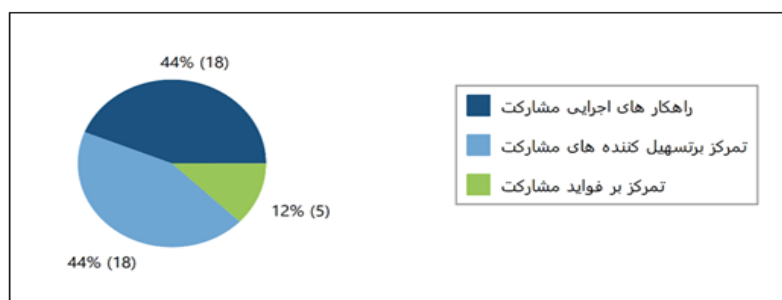
زیر تم	دسته	زیر دسته	نمونه مصاحبه
تمرکز بر تسهیل کننده های مشارکت	دیدگاه های تسهیل کننده	نگاه جامع به سلامت	"ما باید نگاه جامعی به سلامت داشته باشیم. سلامت روانی، اجتماعی و سلامت معنوی. زیرساخت های شهری بر همه این موارد اثر جدی دارد و لذا ضرورت مشارکت صد درصد است." م.ک ۳
		تقدم پیشگیری بر درمان	"شعارهای سازمان جهانی بهداشت، پیشگیرانه و بهداشت محور است و فقط از طریق مشارکت با شهرداری محقق می شوند. حمل و نقل، آلودگی هوا و بسیاری از این مسائل در اختیار شهرداری است." م.ک ۹

رویکرد شهر سالم	"سازمان بهداشت جهانی، شاخصه‌های شهر سالم را اعلام کرده و شهرداری ها را تشویق به تلاش برای تحقق شهرهای سالم می کند. رسیدن به شهر سالم بدون مشارکت با شهرداری ممکن نیست." م.ک ۱۱	
	"سلامت، شهر و سیاست گذاری بخش سلامت، همه ذیل مصالح و منافع عمومی مطرح می‌شوند و متولیان سلامت به خاطر منافع شهروندان ناگزیر از مشارکت با سایر حوزه های عمومی از جمله شهرداری هستند" م.ک ۶	
توجه به مصالح عمومی	"ما می گوئیم این بیمار، یک شهروند است. به عنوان مدیران شهرداری، در برابر سلامتی او مسئولیت داریم. این یک بحث اساسی شهروند بیمار	
رویکرد شهروند سالم - شهروند بیمار	"در توسعه کشور، حول محوریت انسان سالم، باید مدیریت شهری و نظام سلامت همراه شوند" م.ک ۹	
رویکرد انسان سالم، محور توسعه	"ما نمی توانیم مدعی ارتقای سلامت باشیم اما به زیرساخت‌های آن در شهرها توجه نکنیم و بگوییم ما صرفاً در حوزه ی درمان توجه به زیر ساخت‌ها	
سیاست‌گذاری عمومی	"سیاست گذاری سلامت یک موضوع عمومی است. دولت و شهرداری به عنوان یک نهاد عمومی باید در سیاست گذاری یک موضوع عمومی به نام سلامت اشتراک کنند و این یک پیوند مفهومی است." م.ک ۶	
شهرداری و ارتقاء سلامت جامعه	"تا باور نکنیم شهرداری در سلامت شهروندان، هم وظایف مهمی و هم نقش منحصر به فردی دارد به راه حل مناسبی برای مشارکت نمی‌رسیم؟ این باور، مهمترین گام است" م.ک ۷	
مشکلات مالی نظام سلامت	"همین الان ما در بیمارستان برای ضروریات مشکل داریم. Reuse می کنیم مواد مصرفی را. حالا اگر شهرداری وارد این قضیه بشود مشکلات کمتر می‌شود. هم در حوزه پیشگیری و هم در ارائه خدمات عمومی سلامت." م.ک ۱۵	
تفکیک خدمات عمومی از خدمات تخصصی سلامت	"مجلس، دولت و قانون، این تفکیک را باید مشخص کنند. متولی موضوعات تخصصی، حوزه‌ی پزشکی و مسئولیت خدمات هم با شهرداری است. اگر این تفکیک را بپذیریم فعالیت‌های مشترک هم رقم می‌خورد" م.ک ۱۵	
واگذاری خدمات عمومی	"مراد ما این نیست شهرداری ها امور تخصصی پزشکی انجام دهند. مردمان خدمات عمومی است که طبق قانون باید به شهرداری ها واگذار شود" م.ک. ۷	
افزایش رضایتمندی مردم	"در یک برنامه مشارکتی مردم وقتی می بینند روی بیلبردهای شهری، از سلامتی گفتیم، اثر روانی خوبی بر آن‌ها می‌گذارد. رضایتمندی می‌آورد. مدیریت بیلبردها با شهرداری است پس باید مشارکت کنیم." م.ک ۱	
ارتقای شاخص‌های توسعه	"با کمک شهرداری حمایت بیشتری از مادران می توان کرد. کاهش مرگ مادر، بعنوان یک شاخص بهداشتی و شاخص توسعه‌ی کشور، رتکینگ کشور را بالا می- برد" م.ک. ۱۰	
افزایش مشارکت اجتماعی	"یک مسئله ی مهم، افزایش مشارکت اجتماعی است که حاصل تعامل مناسب بین دانشگاه و شهرداری است. شهرداری در متن ارتباط با شهروندان و نهادهای اجتماعی است و ابزار افزایش مشارکت را دارد." م.ک. ۱۳	
هم افزایی در منابع	"وقتی با یک هدف مشترک، کنار هم باشیم، لینک شویم، هم افزایی می‌شود، موفق‌تر خواهیم بود." م.ک. ۱۲	
جلوگیری از اقدامات غیر هدفمند	"هرجا سلیقه فرد مسئول باشد، مشارکت اتفاق می‌افتد. در مناسب‌ها همکاری می کنند چون دیده می شوند. شهرداری در سلامت هزینه می کند، اما موازی کار می‌کند، چرا با مشارکت هم برنامه‌ریزی نکنیم؟" م.ک ۱۲	
تفاهم نامه	"مکرر با شورای شهر تفاهم نامه امضاء شد. بسیار کاربردی بود و در خیلی موارد مشارکت اتفاق افتاد. روش خوب و تجربه مفیدی است" م.ک ۶	
مدیریت واحد شهری	"اگر قانون مدیریت واحد شهری اجرا شود، خدمات غیر تخصصی بهداشتی را شهرداری ارائه و ما نظارت کنیم، این یعنی مشارکت." م.ک ۹	
قانون شهرداری‌ها	"طبق قانون شهرداری‌ها، شهرداری در حوزه‌ی سلامت وظایف مشخصی دارد و باید اجرا شود." م.ک ۲	
اجرای قوانین موجود	"در سه برنامه توسعه به سلامت و مدیریت شهری اشاره شده. همین برنامه‌ها اجرا می‌شود، مشارکت اتفاق می‌افتاد." م.ک ۵	
راه اندازی یک ساختار جدید	"تا سازوکار مشخصی ایجاد نشود مشارکتی اتفاق نمی‌افتد. بدون ساختار اصلاً نمی توانید کاری انجام دهید." م.ک ۱۱	
تعیین رابط و مسئول سلامت شهرداری	"یک نفر آشنا با عوامل اجتماعی سلامت، بشود مسئول سلامت شهرداری، با یک سری مجوزهای کلی و برای هر برنامه مشترکی خودش مجوزها را فعال کند" م.ک ۱۱	
راهکارهای اجرایی مشارکت	اداره کل سلامت	"در ساختار این اداره، مشارکت تعریف شده. این ساختار در پایتخت جواب داده. همین را در کل کشور اجرا کنیم." م.ک ۳
	مجمع ملی سلامت	"مجمع ملی سلامت برای مشارکت به وجود آمد. خوب استفاده کنیم. این یک ساختار قانون مند است." م.ک ۱۰
	شورای اجتماعی محلات	"شورای اجتماعی محلات به عنوان مدلی که در کشورهای مدیترانه‌ی شرقی بارها پرزنت کردیم، الگوی خوبی است." م.ک ۱۳
ایجاد ساز و کار دائمی	کمیته سلامت	"کمیته‌ی سلامت، از کمیته های تخصصی شورای شهر است و دانشگاه، اشخاص حقیقی و شهرداری در آن عضوند. توان برنامه ریزی بخش زیادی از برنامه‌های مشارکتی را دارد." م.ک ۹
به کارگیری ساختارهای موجود	کانون سلامت	"شهرداری، ساختار کانون سلامت محلات را تعریف و در شورا تصویب کرد. از این ساختار آماده استفاده کنیم." م.ک ۱۴
	خانه سلامت	"شهرداری درهر محله خانه سلامت دارد که هدفشان افزایش سواد سلامتی است و بستر خوبی برای مشارکت است." م.ک ۲
	فرهنگ سرای سلامت	"فرهنگ سراهای سلامت وجود دارد. ما می توانیم بیشتر به هم نزدیک شده و با هم برنامه‌ریزی کنیم." م.ک. ۱۰
	شورای راهبردی سلامت	"در تهران یک شورای راهبردی سلامت چند سال پیش تشکیل شد که هدفش ایجاد همکاری بین بخشی برای سلامت بود. تمام دستگاه‌ها ازجمله شهرداری هم عضو بودند. این الگوی خوبی است." م.ک ۸

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور	"شورای عالی سلامت برای ایجاد همین مشارکت شکل گرفت. اغلب دستگاه‌ها عضوند و به تفکیک وظایفشان مشخص شده. الان هم فعال است. مصوباتش را درست اجرا کنیم مشارکت اتفاق می‌افتد." م.ک ۱۴
سند سلامت شهری	"یک سند سلامت شهری در دولت تصویب شده بود که مدل جالبی است. آن سند می‌خواست نقش شهرداری‌ها را در موضوع سلامت در کل کشور تعیین تکلیف کند." م.ک. ۷
سند جامع سلامت استان	"پنجاه درصد استان‌ها بر اساس اولویت‌هایشان، سند جامع سلامت تدوین و سهم هر سازمان را مشخص کردند. خب همین سند اجرایی شود." م.ک ۱۰
نقشه جامع سلامت	"در قالب یک نقشه جامع، همه نیازها و وظایف سازمان‌ها را با یک نگاه جامع به سلامتی به طور شفاف بیان کنیم." م.ک ۱۰
تدوین نقشه راه	

در بررسی یافته‌های تم راهکارهای مشارکت همان ونه که در نمودار ۳ نیز مشاهده می‌شود، ۴۴ درصد مربوط به انواع راهکارهای اجرایی، ۴۴ درصد نیز به توجه و تمرکز بر

تسهیل کننده‌های مشارکت تاکید داشته و نهایتاً ۱۲ درصد تمرکز بر فواید مشارکت را توصیه می‌کنند.



نمودار ۳. توزیع راهکارهای مشارکت تحلیل (MAXQDA)

بحث

نظام سلامت متولی سلامت مردم است و دولت محلی متولی ایجاد محیطی سالم برای شهروندان. هر دو نهاد به شکل مستقیم یا غیر مستقیم در موضوع سلامت شهروندان دخیل می‌باشند. مشارکت بین این دو سلامت شهروندان را ارتقا می‌دهد (۷). آگاهی از موانع این مشارکت، در شناخت راهکارهای تسهیل و ایجاد آن بسیار اهمیت دارد. در این مطالعه دو تم اصلی موانع و راهکارهای مشارکت مشخص شد. موانع مشارکت عبارتند از عواملی که سبب سختی و کندی مشارکت می‌شوند. در بررسی یافته‌های تم موانع مشارکت از نظر مصاحبه‌شوندگان بیشترین عاملی که مانع مشارکت شده است، نگرش‌هایی است که در مدیران و سیاست‌گذاران و سایر افراد صاحب‌فرایند وجود دارد. تغییر نگرش یک امر فرهنگی و زمان‌بر می‌باشد و لذا ضرورت دارد در این موضوع مکرر گفتگو کرده و نهایتاً موضوع مشارکت را به یک گفتمان در بین مدیران و سیاستگذاران هر دو سازمان تبدیل نموده و پس از این مرحله است که می‌توان به تلاش برای اقدام مناسب امیدوار بود.

در بررسی یافته‌های تم راهکارهای مشارکت، توجه و تمرکز بر تسهیل کننده‌های مشارکت، به طور همزمان استفاده از راهکارهای اجرایی مشارکت اهمیت دارند. تسهیل کننده‌ها می‌توانند مسیر حرکت و اجرایی شدن مشارکت را افزایش داده و سرعت ببخشند. از این رو توجه به این عوامل تسهیل کننده بسیار ارزشمند و کارساز است و این نکته بایستی مد نظر مدیران و سیاست‌گذاران هر دو سازمان قرار بگیرد. از جمله رویکردهای مانع مشارکت، رویکرد سازمانی است. یکی از دلایل عدم پذیرش امکان واگذاری برخی خدمات به شهرداری همین نگاه در مدیران نظام سلامت و شهرداری است. رویکرد سیاسی هم مانع دیگری است. اعضای شورای شهر و شهردار در فرایندی سیاسی انتخاب می‌شوند و اهداف خود را طبق شعارهای سیاسی طرح می‌کنند. البته اگر از نظر سیاسی بین نظام سلامت و شهرداری‌ها قرابت باشد، موانع سیاسی مشارکت کاهش می‌یابد اما به صفر نمی‌رسد. رویکرد صرفاً مالی و رویکرد ارباب و رعیتی مسیر مشارکت را کند می‌کند اگر رویکرد برنامه‌های جایگزین شود بخش

الزامات و ابزارهای لازم مانند به کارگیری مشارکت بین دو سازمان، آن را تامین کند. از سویی در مواجهه با یک موضوع عمومی مانند سلامتی، سیاست‌گذاری‌های عمومی معنا یافته و در این موارد دستگاه‌های مختلف مسئولند و بهتر که نظام سلامت خود پیشگام مشارکت باشد تا شهرداری هماهنگ با سیاست‌های نظام سلامت حرکت کند.

در حل آن دسته از مشکلات نظام سلامت که به طور مستمر در حال افزایش است، شهرداری می‌تواند بسیار موثر باشد. به‌عنوان مثال کمبود تخت، کمبود تجهیزات بیمارستانی، کمبود نیروی انسانی و موارد مشابه که امروزه با توجه به بیماری‌ها و بحران‌های نوپدید مانند کرونا ممکن است فلج کننده نیز باشند، ازجمله مواردی هستند که شهرداری می‌تواند در جهت رفع آن با نظام سلامت همکاری نماید. در مشارکت اولاً از فعالیت‌های غیر هدفمند و موازی کاری و هدر رفت منابع جلوگیری کرده و ثانیاً طبق قانون هم افزایی که می‌گوید برابند نیروی جمعی از جمع تک تک نیروها بیشتر است با به کارگیری مشترک منابع انسانی، مالی، تجهیزات و امکانات، قوای فکری و برنامه‌ریزی، توان قابل توجهی برای بهبود سلامت مردم ایجاد می‌شود. تامل بر سه نکته علاقمندی شهرداری برای مشارکت، قابلیت‌های منحصر به فرد شهرداری در ارتقای سلامت و مشکلات متعدد نظام سلامت، بیانگر این موضوع است که برای به کارگیری پتانسیل شوراهای شهر و شهرداری‌ها بیش از این نباید تعلل کرد. بحران کرونا همه این درس‌ها را برای سیاست‌گذاران عرصه سلامت، یادآور شد. قائل بودن به تفکیک خدمات از تخصص و پذیرش واگذاری خدمات به شهرداری‌ها به نظام سلامت کمک می‌کند برای ایجاد مشارکت، گام‌های دقیق، استوار و برنامه ریزی شده بردارد. نظام سلامت بایستی فعالیت‌های صرفاً خدماتی ازجمله واکسیناسیون و انواع غربالگری‌ها، مراقبت در منزل را تفکیک و به شهرداری واگذار کند و با این روش بخشی از توان خود را برای اقدامات مهم تر آزاد کند. پذیرفتن این تفکیک می‌تواند نقطه شروعی برای ایجاد مشارکت باشد.

زیادتی از این موانع رفع می‌شود. در رویکرد درمانی نیز، تمرکز مدیران بر بعد جسمی و درمان است حال آن که توجه به همه ابعاد سلامتی، مدیران را بر پیشگیری متمرکز می‌کند. از طرفی موضوع مشارکت با مقاومت‌هایی روبرو است که عمدتاً ناشی از همین رویکردهای بازدارنده است. بی‌اطلاعی از برنامه‌ها و نبود فرهنگ مشارکت هر دو عامل بازدارنده‌اند. اطلاع رسانی مناسب سبب مشارکت و حذف موازی کاری و ایجاد فرصت‌های بیشتر برای گفتگو در موضوعات مشترک، منجر به مشارکت‌های هدفمند می‌شود. نگرش جامع به مفهوم سلامت و توسعه باورها از مفهوم سلامت جسمی صرف، به تمام ابعاد سلامتی مشارکت هدفمند بین دو نهاد را تسهیل می‌کند (۱). رویکرد تقدم پیشگیری بر درمان نیز همین گونه است. غلبه بیماری‌های غیر واگیر بر واگیر و اثر سبک زندگی بر نوع بیماری‌ها غیر قابل انکار است. بخش زیادی از الزامات اصلاح سبک زندگی در اختیار شهرداری‌ها است.

سیاست‌گذاران نظام سلامت باید بیمار یا فرد سالم را شهروندی بیمار یا سالم در نظر بگیرند و شهر سالم را نیز با شهروندان سالم معنا کنند. با این نگاه مسئولیت مدیران شهری در ارتقای و حفظ سلامت شهروندان، انکارناشدنی است و باور این نقش ارزشمند، ضروری است. شهرداری بسیاری از زیرساخت‌های حفظ سلامت شهروندان را در اختیار دارد. او با طراحی درست مبلمان و معماری شهری در حفظ و ارتقای سلامت روان مردم، با ساخت و نقشه‌ریزی دقیق برای فضاهای سبز و ورزشی در حفظ سلامت جسم و روان مردم، در برنامه‌ریزی درست حمل و نقل درون شهری در حفظ آرامش، کاهش اضطراب و استفاده از هوای سالم، در بسیج امکانات و منابع در حفظ سلامت شهروندان در بحران‌هایی هم چون کرونا و مثال‌های فراوان دیگر، نقشی بی‌بدیل دارد. درک قابلیت‌های موثر شهرداری در سلامت شهروندان، برنامه‌ریزی جهت ایجاد مشارکت هدفمند را سرعت می‌بخشد. از مواردی که مشارکت را تسهیل می‌کند اعتقاد به مصالح عمومی است. سلامتی حق انسانی فرد و مصلحت عمومی جامعه است و دولت موظف است با کمک

نامه‌های مقطعی عمدتاً قائم به دیدگاه و سلیقه فرد مسئول بوده و نمی‌توانند مسیری ثابت و مشخص برای مشارکت کلان ایجاد کنند. یک تفاهم نامه جامع، نسبت به ایجاد یک ساختار رسمی اداری، هزینه کمتری به سازمان تحمیل می‌کند. دقت و شفافیت در تفاهم نامه منجر به نظارت دقیق تر و سریع تر می‌شود.

اجرای قانون مدیریت واحد شهری نیز به عنوان یک راهکار در مطالعه مطرح شد. در این قانون، شهردار مسئول هدایت و رهبری همه امور شهر است و این یعنی وظایف بسیار فراتر برای شهرداری. علی رغم گذشت سال ها، این قانون در مجلس شورای اسلامی، هم چنان به تصویب نرسیده و خلأ مدیریت واحد در برنامه ریزی و اجرا، موجب عدم توفیق کشور در حل معضلاتی چون ترافیک و آلودگی هوا در کلان شهرها شده و شهرسازی‌های بدون پیوست سلامتی، جان شهروندان را تهدید می‌کند (۱۲). آمارهای سالانه تصادفات درون شهری، افزایش تعداد مبتلایان به مشکلات تنفسی و قلبی، بیماری‌های روحی روانی بیانگر این مهم است که با ادامه تاخیر در اتخاذ سیاست‌های واحد ذیل یک مدیریت واحد در مسائل شهری، جامعه شاهد از بین رفتن یا به خطر افتادن سلامتی تعداد بیشتری از شهروندان خواهد بود (۱۳). در کشورهای اسکاندیناوی و انگلستان به مدد مدیریت واحد شهری، ترافیک و آلودگی هوا بهتر مدیریت شده است (۱۴). در این روش مدیریت شهری، اختلاف دیدگاه‌ها مطرح و بررسی می‌شود اما تصمیم و اجرا به شکل واحد اتفاق می‌افتد. در این مدیریت بخش زیادی از مشارکت مورد مطالعه نیز پایه گذاری می‌شود.

اجرای کامل قانون شهرداری‌ها و قوانین برنامه توسعه نیز سیاست گذاران را به مشارکت هدایت می‌کند (۱۵). قوانین توسعه کشور به مدیریت واحد شهری تاکید دارند و اجرای این مدیریت امکان پذیر نیست مگر با ایجاد بستر مشارکت‌های بین بخشی. در قانون شهرداری‌ها نیز قانون گذار وظایفی بر عهده شهرداری گذاشته که صراحتاً مرتبط با سلامتی شهروندان است. مرور محتوای این قانون، ذهن را به سوی اشتراک مفهوم سلامتی، در وظایف قانونی نظام سلامت و دولت محلی سوق می‌دهد. در شرایطی که علی رغم گذشت زمان طولانی لایحه جامع مدیریت شهری هم چنان در مجلس شورای اسلامی خاک می‌خورد اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می‌تواند راهکاری زودبازده برای ایجاد مشارکت باشد. در حال حاضر

در مشارکت هدفمند بین نظام سلامت و شهرداری‌ها، خدمات سلامتی شهرداری در مسیر ارتقای سلامت مردم قرار می‌گیرد. برنامه ریزی‌های شهرداری با پیوست سلامت و تمرکز بر سلامت شهروندان طراحی و اجرا می‌شود. این تغییر روش‌ها به مرور در ایجاد آرامش و اعتماد مردم و نیز در سلامت شهروندان اثرگذار بوده و رضایت مندی مردم افزایش می‌یابد. نظام سلامت نیز می‌تواند تمرکز بیشتری در نظارت و سیاست گذاری‌ها داشته و رضایت مندی از عملکرد خود را افزایش دهد. مشارکت می‌تواند شاخص‌های توسعه را نیز ارتقا دهد (۲). یکی از شاخص‌های توسعه، کاهش مرگ مادر است (۱۰). نظام سلامت خدمات بهداشتی تخصصی لازم را به مادران می‌دهد اما فقدان خدمات پشتیبانی و حمایتی، سبب شده ایران در این شاخص‌ها از کشورهای دیگر عقب تر باشد در حالی که می‌تواند در صدر باشد. حمایت از مادر باردار موجب کاهش مرگ مادر و نیز افزایش جمعیت که بحران امروز کشور است می‌شود. اغلب این حمایت‌ها از توان نظام سلامت خارج است اما می‌توان به شهرداری سپرد. به عنوان مثال نظام سلامت اقلام سبد غذایی مادر باردار را مشخص و شهرداری مادران نیازمند را تحت پوشش قرار دهد. یا می‌توان کنترل فشار خون مادر را در منزل توسط نیروهای آموزش دیده شهرداری انجام داد.

به کارگیری راهکارهای اجرایی مناسب، در توفیق نظام سلامت برای دستیابی به مشارکت هدفمند با دولت محلی بسیار اهمیت دارد. ازجمله این راهکارها تفاهم نامه است. تفاهم نامه، توافقی است بین دو طرف یا بیشتر که اهداف مشترک دارند. تفاهم نامه نسبت به قرارداد پیچیدگی و جزئیات کمتری دارد و از نظر قانونی الزام آور نیست. با این وجود مجموع‌های از قوانین برای طرفین جهت اجرای یک پروژه ایجاد می‌کند. در یک تفاهم جامع مشابه آن چه که در کشورهای اسکاندیناوی رخ می‌دهد، وظایف دولت محلی برای سلامت شهروندان در یک سطح کلان، به صورت شفاف بیان و منابع مالی آن پیش بینی می‌شود. وظایف نظارتی و حمایتی نظام سلامت هم تعیین می‌شود. در اجرا نیز، جلسات مشترک گزارش دهی و بررسی ادامه مسیر برگزار می‌شود. این یک روش منطقی و ساختارمند برای مشارکت بین دو نهاد در کشورهای اسکاندیناوی است. منظور تیم پژوهش از تفاهم نامه، تفاهم برای یک مقطع یا یک برنامه مثل آنچه در هفته کنترل و کاهش فشار خون بین شهرداری و دانشگاه تنظیم شد نیست (۱۱). این تفاهم

راهبردی سلامت تهران را تشکیل داده است. فرهنگستان هم در ایجاد یک مشارکت هدفمند توفیق کافی نداشته هر چند که مستندات موجود در سایت رسمی فرهنگستان اقداماتی را نشان می‌دهد که حاکی از آن است که بی نتیجه هم نبوده، مانند برگزاری همایش ملی شهر سالم با مشارکت شهرداری و دانشگاه علوم پزشکی تهران و جلسات متعدد بین وزارت بهداشت و شهرداری تهران با محوریت فرهنگستان در موضوعات مختلف. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، در سال ۱۳۸۵ با پیشنهاد وزارت بهداشت و به استناد ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه، با هدف حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی، اتخاذ سیاست ها و راهبردهای مناسب، نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا، برای گسترش همکاری‌های بین بخشی در موارد فوق، تشکیل شد و در حال حاضر نیز به فعالیت خود ادامه می‌دهد (۱۶)

وجود این ساختارها، خود نکته مثبتی است اما هماهنگی و هدفمند نبوده و لذا معلوم نیست تلاش آن‌ها در ارتقای سلامت شهروندان، چقدر تاثیر داشته اما همین ساختارها، اگر برنامه ریزی شده تر فعالیت کنند می‌توانند به نحو شایسته تری زمینه مشارکت بین نظام سلامت و شهرداری و شوراهای شهر را ایجاد و موجب ارتقای سلامت شوند. شهرداری تهران، به واسطه تشکیل اداره کل سلامت، با اختصاص بخشی از بودجه‌های خود، به موضوع سلامت شهروندان، پرداخته است. اقدامات وسیع این اداره در موضوع سلامت، مبتنی بر اولویت‌های وزارت بهداشت و سیاست‌های کلان سلامت نبوده اما تشکیل و اختصاص بودجه به آن، نشان می‌دهد شهرداری توان و انگیزه کافی برای ورود به مسائل سلامتی را دارد و لازم است دولتمردان برای همسو کردن این اقدامات با سیاست‌های سلامت در سایه ایجاد مشارکت بین دو نهاد تلاش کنند. این ساختار به تنهایی راهکار کاملی برای ایجاد مشارکت نیست اما مطمئناً بخش مهمی از راهکار جامع ایجاد مشارکت است. راهکار جامع برای مشارکت چه از جنس ایجاد یک ساختار اداری باشد مانند کشور انگلستان و چه از جنس ایجاد یک فرایند، شبیه تفاهم نام‌های جامع در کشورهای اسکاندیناوی، این اداره کل می‌تواند ضامن عملیاتی شدن مصوبات و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها باشد.

این شورا در سه سطح ملی، استانی و شهرستانی، فعال است، استفاده از این شورا به عنوان پایه الگو، می‌تواند سرعت رسیدن به مشارکت هدفمند را تضمین کند. ایجاد ساز و کار دائمی به عنوان یک راهکار، می‌تواند شامل یک ساختار و یا یک فرایند باشد، البته مهم است که کارکرد دائمی برای آن متصور شد. راه اندازی یک ساختار نیازمند منابع مشخصی هم چون نیروی انسانی، منابع مالی، تجهیزات و امکانات است از طرفی فرهنگ سازی، ترویج و تعمیم کارکردهای آن نیاز به مطالعه و زمان دارد. به همین دلیل ایجاد یک فرایند دائمی و استفاده از ساختارهای موجود نیز مورد بررسی قرار گرفت. فرایند دائمی بدین مفهوم که یک نفر به عنوان مسئول سلامت شهرداری و رابط میان دو نهاد مشخص، در شهرداری مستقر و تمام برنامه‌های مشترک را اجرا کند. این راهکار ساده و ابتدایی، بیشتر برای حل مسائل روزمره کاربرد دارد چون برای یک مشارکت دائم بستر سازی نمی‌کند. یک رابط می‌تواند مسائل مبتلا به فعلی را مدیریت کند اما توقع ایجاد یک مشارکت جامع و هدفمند، منطقی نیست.

در بررسی ساختارهای موجود، اداره کل سلامت شهرداری، مجمع ملی سلامت، شورای اجتماعی محلات، کمیته سلامت شورای شهر، قانون سلامت و خانه سلامت شهرداری، فرهنگسرای سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی و شورای راهبردی سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور مشخص شدند. همه این ساختارها صرف نظر از میزان موفقیتشان، در سال‌های مختلف و اغلب به طور مشخص یا تلویحی برای ایجاد مشارکت بین نظام سلامت و سایر بخش‌ها از جمله شهرداری، طراحی و راه اندازی شده‌اند. شورای راهبردی سلامت با هدف افزایش همکاری بین وزارت بهداشت و شهرداری برای ارتقای سلامت شهروندان در تهران راه اندازی شد. روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و شهردار عضو این شورا بودند. بررسی‌ها نشان داد که شورای راهبردی سلامت و اداره کل سلامت شهرداری طبق اهداف خود خیلی هم ناموفق نبوده‌اند و هر چند

به‌طور خاص برای ایجاد مشارکت راه‌اندازی نشده‌اند اما برخی از اهداف و کارکردهای آن‌ها، سبب مشارکتی حداقلی شده است. در بین همه ساختارها فرهنگستان علوم پزشکی به طور مشخص موظف به ایجاد مشارکت بین نظام سلامت و سایر بخش‌ها بوده و به همین منظور شورای

شهرداری در بسیاری از شهرها، شورای اجتماعی محلات و در دل آن، کانون‌هایی مانند کانون سلامت با هدف افزایش مشارکت مردم ایجاد کرده است. شورای اجتماعی محلات، با هدف افزایش مشارکت مردم در شهرداری‌ها راه اندازی شد (۱۷). نماینده گروه‌های فعال محلات (مدارس، مسجد، کلاتری، ساکنین، مرکز بهداشت و شهردار منطقه) نیز در آن حضور دارند. این شوراها و کانون‌ها که اعضای آن تیمی مشترک از مردم محله و شهرداری هستند، موظفند مشکلات محله را شناسایی و برای بهبود آن، زیر نظر شهرداری اقدام کنند. در کشورهایی با مشارکت ساختارمند مانند انگلستان و کشورهای اسکاندیناوی، بخش خصوصی و تشکلهای مردمی در جلسات رسمی تصمیم‌گیری برای موضوعات شهری حضور فعال دارند (۱۸).

نقشه‌ی راه یکی از راهکارهای مطرح در مطالعه بود. برنامه‌هایی که در آن، راه ارتقای سلامت شهروندان و وظایف دستگاه‌ها مشخص است. لازم به ذکر است که نقشه جامع سلامت کشور در سال ۱۳۸۹ توسط وزارت بهداشت تهیه شد (۱۹). در این نقشه اهداف سلامتی برای کل جامعه و وظایف دستگاه‌ها مشخص شده است اما با این وجود، منجر به مشارکت نشد. بنابراین می‌توان ادعا کرد وجود نقشه راه، نمی‌تواند عامل مشارکت باشد چون سیاست‌گذاران و مدیران ارشد حوزه سلامت علی‌رغم تدوین این نقشه از سال ۸۹ تا کنون، نتوانسته‌اند در اجرای آن و ایجاد مشارکت توفیقی به دست آورند. شاید علت، عدم پایداری یا مقاومت‌ها و نگاه‌های سلیقه‌ای برخی از مدیران اجرایی بر اجرای دقیق و متعهدانه سیاست‌های تدوین شده و نبود نظارت کافی باشد. در کشورهای اسکاندیناوی و هم‌چنین در آلمان و انگلستان بعد از تدوین چنین نقشه‌ای در برنامه تحول سلامت شهروندان، همه‌ی مسئولین با انگیزه و هماهنگ برای اجرای آن اقدام و موفقیت‌های چشمگیری نیز به دست آوردند (۲۰).

در پایان این بحث لازم است به این نکته توجه شود که موضوع مهم ایجاد مشارکت بین نظام سلامت و سایر بخش‌ها و به شکل خاص شورای شهر و شهرداری، بایستی مورد بحث سیاست‌گذاران و مدیران ارشد دو نهاد قرار بگیرد و سپس راهکار مطلوب از میان راهکارهای مطرح و پیشنهادی انتخاب و در ادامه نیز مورد نظارت و ارزیابی جدی واقع شود. مطالعات نشان می‌دهند قریب به ۸۰ درصد از سلامتی در دستگاه‌های غیر از وزارت بهداشت

مطرح می‌شود (۲۱). اگر مدیران ارشد و سیاست‌گذاران سلامت نگاهشان از نظام سلامت به بخش سلامت متمرکز و معطوف شود، پذیرش مشارکت با دستگاهی مانند شهرداری نه تنها منطقی است بلکه بایستی سریع‌تر در این مسیر گام برداشت. شهرسازی و طراحی آن مبتنی بر اهداف سیاست‌های سلامت، ترویج ورزش و توسعه‌ی فضاهای عمومی ورزشی، استفاده از امکانات تبلیغی شهری در جهت ترویج و آموزش سبک زندگی سالم، استفاده از امکانات عمومی برای ارائه خدمات سلامتی و موارد مشابه فراوان دیگر نشان می‌دهد شهرداری تاثیر قابل توجهی در بهبود و ارتقای سلامت شهروندان دارد. لازم است سیاست‌گذاران نظام سلامت، ضمن پذیرش نگاه جامع به سلامتی در روش‌ها و برنامه‌ریزی‌ها و جلب مشارکت سایرین، تغییرات جدی ایجاد کنند تا معادل تلاش‌ها، نتایج مطلوب نیز که اهم آن ارتقای و بهبود سطح سلامت شهروندان ایرانی است حاصل شود.

نتیجه‌گیری

یکی از دستاوردهای مهم بحران کرونا در جهان یادآوری این نکته است که تعاملات هدفمند نظام سلامت با سایر دستگاه‌ها، از عوامل مهم موفقیت در بحران‌هاست. مرور تجربیات کشورهای موفق در بحران کرونا نشان می‌دهد مشارکت‌های برنامه‌ریزی شده بین بخشی، در مدیریت این گونه بحران‌ها بسیار موثرند. کشورهای دارای مشارکت هدفمند، در برنامه‌ریزی، اجرا، تامین مالی، خدمات رسانی و جلب رضایت شهروندان موفق ترند. این کشورها برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌های سلامت را در قالب یک تفاهم‌نامه یا ایجاد یک نهاد مشخص به دولت محلی واگذار و دولت محلی با استقلال کامل به آن می‌پردازد. تامین مالی برنامه‌های سلامت با مشارکت دولت مرکزی و دولت محلی است و خدمات سلامتی به شکل وسیع و متنوع به شهروندان ارائه می‌شود. سرعت عمل، برنامه‌ریزی بر اساس نیازهای محلی و سهولت در ایجاد دسترسی به خدمات به ویژه برای افراد نیازمند، سالمندان و معلولان در این کشورها مناسبتر است. حضور فعال بخش خصوصی موجب افزایش مشارکت مالی و مشارکت شهروندان شده و تمرکز وزارت بهداشت بر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر کیفیت ارائه خدمت افزایش یافته است. مشارکت نظام مند بین نظام

تشکر و قدردانی: نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از شرکت کنندگان در مصاحبه که با مشارکت خود انجام این پژوهش را میسر کردند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع: هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

حمایت مالی: این پژوهش هیچ نوع حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه دارای کد اخلاق IR.IUMS.REC.1397919 می‌باشد.

سهم نویسندگان: نویسندگان اول در تهیه و نگارش مقاله مشارکت داشته است. نویسندگان دوم به عنوان نویسنده‌ی مسئول در طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها و تأیید نسخه نهایی مقاله نقش داشتند. نویسندگان سوم در طراحی پژوهش و مشاور علمی مشارکت داشتند. نویسندگان چهارم در طراحی پژوهش و مشاوره آماری مشارکت داشت.

سلامت و دولت محلی سبب دستیابی مطلوب نظام سلامت به ارتقای سلامت شهروندان شده و لذا لازم است ایران نیز برای ایجاد مشارکت اقدام کند. در ایران هم ظرفیت قانونی کافی و هم ساز و کارهایی برای مشارکت بین نظام سلامت و شهرداری وجود دارد (۲۲). هر چند این ساختارها ظرفیت‌های دولت محلی را به درستی به کار نگرفته‌اند. بنابراین بایستی یا با طراحی ساختار مشخص و یا بازنگری ساختارهای موجود به سوی مشارکت هدفمند حرکت کرد. راه‌اندازی ساختار جدید زمان‌بر و پرهزینه است و از سویی با توجه به تغییر مدیران، سرنوشت نامعلومی دارد مانند سرنوشت معاونت اجتماعی که در سال ۱۳۹۳ تشکیل و پس از کلی برنامه و هزینه، با تغییر وزیر بهداشت، به حاشیه رفت.

پس با در نظر گرفتن اقتضائات کشور، لازم است برای ایجاد مشارکت بین نظام سلامت و دولت محلی در ابتدا فرهنگ سازی و گفتمان مناسب ایجاد شود و سپس مدلی طراحی شود بدون نیاز به ایجاد ساختار جدید یا

تصویب قوانین پر چالش و بحث برانگیز، الگویی از میان الگوهای موجود به نحوی که همراهی دستگاه‌ها را در پی داشته باشد و هزینه‌ی جدید نیز بر کشور تحمیل نشود.

References

1. Nobile M. THE WHO DEFINITION OF HEALTH: A CRITICAL READING. Med Law. 2014;33(2):33-40.
2. Silveira F, Martins AL, Gadelha P, Paes-Sousa R. Quantifying convergence on health-related indicators of the 2030 agenda for sustainable development. Bulletin of the World Health Organization. 2021;99(3):228.
<https://doi.org/10.2471/BLT.19.245811>
PMid:33716345 PMCID: PMC7941102
3. Organization WH. Copenhagen Consensus of Mayors: healthier and happier cities for all: a transformative approach for safe, inclusive, sustainable and resilient societies. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2018.
4. Delamothe T. Conference Report: First United Kingdom Healthy Cities conference, Liverpool. British Medical Journal (Clinical Research Ed). 1988;296(6629):1117.
<https://doi.org/10.1136/bmj.296.6629.1117>
PMid:3132230 PMCID: PMC2545511
5. Organization WH. National healthy cities networks in the WHO European Region: promoting health and well-being throughout Europe. 2015.
6. de Jong M, Tjhuis Y, Koelen M, Wagemakers A. Intersectoral collaboration in a Dutch community health promotion programme: building a coalition and networks. Health Promot Int. 2023;38(4).
<https://doi.org/10.1093/heapro/daab207>
PMid:34999774 PMCID: PMC10405043
7. Alaeddini F, Tavolinejad H, Esmailzadeh H. Redefining the health system: A proposed updated framework of a systems approach to health. Front Public Health. 2022;10: 956487.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.956487>
PMid:36045732 PMCID: PMC9420967
8. Gill SL. Qualitative Sampling Methods. J Hum Lact. 2020;36(4):579-81.
<https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
PMid:32813616

9. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach*. 2020;42(8):846-54. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030> PMID:32356468
10. Changizi N, Shirdel A, Daemi A. Effect of maternal death on number of childbirths in the only hospital of a city: a letter to editor. *Tehran Univ Med J* 2024; 82 (1) :97-99 URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-13002-fa.html>
11. Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A. Norway: Health System Review. *Health systems in transition*. 2020;22(1):1-163.
12. Center ICR. Comprehensive urban management plan 2024 [cited 2024/09/06]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/legal_draft/show/1010386.
13. Raji H, Riahi A, Borsi SH, Masoumi K, Khanjani N, AhmadiAngali K, et al. Acute effects of air pollution on hospital admissions for asthma, COPD, and bronchiectasis in Ahvaz, Iran. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2020:501-14. <https://doi.org/10.2147/COPD.S231317> PMID:32184587 PMCID: PMC7061718
14. Juginović A, Vuković M, Aranza I, Biloš V. Health impacts of air pollution exposure from 1990 to 2019 in 43 European countries. *Scientific Reports*. 2021;11(1):22516. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01802-5> PMID:34795349 PMCID: PMC8602675
15. Center ICR. Municipalities Law 2024 [Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94322>.
16. Center ICR. Organization regulations and description of duties of the Supreme Council of Health and Food Safety 2024 [Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/805461>.
17. Masoudi H, Noghani M. The neighborhood social council of Mashhad: Optimal citizen participation in the base neigh The neighborhood. *Urban studies* [Internet]. 2016;6(20):69-97. Available from: <https://sid.ir/paper/210413/en>.
18. Goossen M. Why do local governments privatize? Political representation and contagion in the privatization of welfare services in Sweden. *Scandinavian Political Studies*. 2024. <https://doi.org/10.1111/1467-9477.12275>
19. Quarterly IMS. Quarterly Journal of Iranian Management Sciences Association 2024 [Available from: https://journal.iams.ir/article_329.html.
20. Gerlinger T. Health Care Reform in Germany. *German Policy Studies/Politikfeldanalyse*. 2010;6(1).
21. Demari B, Moghadam AaT, Goran NR, Salarianzadeh MH, Afzali SM. Analysis of the cooperation between parts of Iran's health system in order to implement the health approach in all policies and the future path (the time period of conducting this study and the analyzes carried out is related to before the covid-19 pandemic). *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2020;18(1).
22. Khodadadi N, Aryankhesal A, Maleki M. A comparative study of cooperation models in city council and municipalities with the health system in Iran and selected countries. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10(1):7. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_182_20 PMID:33688516 PMCID: PMC7933691.