Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Challenges and Barriers to the Interaction of High Councils of Health with the Ministry of Health and Medical Education in Iran: A Qualitative Study

Amin Karimi[1], Soad Mahfoozpour[2*], Somayeh Hesam[1], Behzad Damari[3]

[1] Dept of Health Services Management, Faculty of Management, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran
[2] Dept of Health Services Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Dept of Social Health Components, National Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 06 October 2020
Revised: 01 December 2021
Accepted: 19 June 2021

**** Correspondence to:***
Soad Mahfoozpour
Dept of Health Services Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email:
smahfoozpour@gmail.com

A B S T R A C T

Introduction: The Ministry of Health influences the executive organizations through the high councils and the decision-making system. It is necessary to adopt an inter-sectoral cooperation approach, seek appropriate support for interacting with these councils, focus on the health taken decisions, and analyze their current situation. This study aimed to investigate the challenges and barriers to the interaction of high councils of health with the Iran Ministry of Health.

Material & Methods: The present study is a field-based qualitative study that was conducted to analyze the current situation of the High Councils. Data were collected through interviews, group discussion sessions, and document analysis. To collect the data, 23 interviews and 2 focus group sessions were conducted using purposive sampling. The obtained data were then analyzed using MAXQDA software (version 10).
(Ethic code: 162432750)

Findings: The results of the study showed that in terms of activity, the elected high councils are divided into three categories of active, semi-active, and inactive. Challenges facing these councils include lack of financial and human resources, inadequate structure and organization, non-transparent rules and regulations, lack of executive guarantees, poor planning and cross-sectoral coordination, lack of monitoring and evaluation system, low level of awareness and attitude of policy makers and managers about health, poor leadership of the Ministry of Health, and finally the lack of a health appendix in approvals. The improvement of the performance of high councils in applying the health appendix to approvals can be achieved through such interventions as 1. Policy interventions, 2. Executive structure interventions, and 3. Culture building and advocacy.

Discussion & Conclusion: According to the results of the study, it is necessary for the health system to develop inter-sectoral cooperation and seek appropriate support from high councils in order to fairly improve community health indicators, take action to reduce barriers to interaction through policy, executive, culture-building, and advocacy interventions.

Keywords: Advocacy, Cross-sectoral cooperation, High councils

➢ **How to cite this paper**
Karimi A, Mahfoozpour S, Hesam S, Damari B. Challenges and Barriers to the Interaction of High Councils of Health with the Ministry of Health and Medical Education in Iran: A Qualitative Study. Journal of Ilam University of Medical Sciences. November 2021;29(4): 28-45.

© The Author(s)

Publisher: Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIMUS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

بررسی چالش‌ها و موانع تعامل شوراهای عالی مؤثر بر سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران: یک مطالعهٔ کیفی

امین کریمی[۱]، سعاد محفوظ پور[۲*]، سمیه حسام[۱]، بهزاد دماری[۳]

[۱] گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه ازاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۳] گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵
تاریخ داوری: ۱۴۰۰/09/11
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۹

نویسنده مسئول:
سعاد محفوظ پور
مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
Email:
smahfoozpour@gmail.com

چکیده

مقدمه: وزارت بهداشت از طریق شوراهای عالی و نظام تصمیم‌گیری بر دستگاه‌های اجرایی تأثیر می‌گذارد. به‌منظور اتخاذ رویکرد همکاری بین بخشی و حمایت‌طلبی مناسب برای تعامل با این شوراها و سلامت‌محور کردن تصمیمات گرفته‌شده، تحلیل وضعیت موجود لازم است؛ بنابراین، پژوهش حاضر به‌منظور تعیین چالش‌ها و موانع پیش روی شوراهای عالی مؤثر بر سلامت در تعامل با وزارت بهداشت در ایران انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای با رویکرد کیفی از نوع زمینه‌ای است که به‌صورت تحلیل وضعیت موجود شوراهای عالی انجام شد. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه، جلسات بحث گروهی و تحلیل اسناد بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها، تعداد ۲۳ مصاحبه و ۲ جلسهٔ بحث گروهی متمرکز با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA vol.10 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد، شوراهای عالی منتخب از نظر فعالیت به سه دستهٔ فعال، نیمه فعال و غیرفعال تقسیم می‌شوند. چالش‌های فراروی این شوراها شامل کمبود منابع مالی و انسانی، ساختار و تشکیلات نامناسب، قوانین و مقررات غیر شفاف، نبود ضمانت اجرایی، ضعف در برنامه‌ریزی و هماهنگی بین بخشی، نبود نظام پایش و ارزشیابی، پایین بودن سطح آگاهی و نگرش سیاست‌گذاران و مدیران دربارهٔ سلامت، رهبری ضعیف وزارت بهداشت و نداشتن پیوست سلامت در مصوبات است. بهبود عملکرد شوراهای عالی به منظور کاربرد پیوست سلامت در مصوبات از طریق مداخلات زیر قابل‌دستیابی است: ۱. مداخلات سیاستی؛ ۲. مداخلات ساختار اجرایی؛ ۳. فرهنگ‌سازی و حمایت‌طلبی.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، ضرورت دارد نظام سلامت برای توسعهٔ همکاری بین بخشی و حمایت‌طلبی مناسب از شوراهای عالی، به‌منظور بهبود عادلانهٔ نشانگرهای سلامت جامعه، از طریق مداخلات سیاستی، اجرایی، فرهنگ‌سازی و حمایت‌طلبی نسبت به کاهش موانع تعامل اقدام کند.

واژه‌های کلیدی: حمایت‌طلبی، شوراهای عالی، همکاری بین بخشی

استناد: کریمی، امین؛ محفوظ پور، سعاد؛ حسام، سمیه؛ دماری، بهزاد. بررسی چالش‌ها و موانع تعامل شوراهای عالی مؤثر بر سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران: یک مطالعهٔ کیفی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، آبان ۱۴۰۰؛۲۹(۴): ۴۵-۲۸.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

CC BY NC

مقدمه

در دنیای امروز، دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تری پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین‌کنندهٔ غیر طبی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است. هریک از این تعیین‌کننده‌ها به‌خودی‌خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌شوند (۱). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی اصلی تأمین و حفظ سلامت مردم کشور، با هدف رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامتی برای آحاد مردم (هدف چشم‌انداز)، توجه ویژه‌ای به مسائل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت و موضوع عدالت در سلامت داشته است؛ اما حفظ و ارتقای سلامت و حذف اثر مخرب برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مسئولیتی فردی، کشوری و حتی بین‌المللی است که کوشش مشترک همهٔ سطوح جامعه یعنی افراد و سازمان‌ها را می‌طلبد (۲). ازآنجاکه سلامت موضوعی چندوجهی است و دستیابی یک جامعه به آن نیازمند به‌کارگیری روش‌هایی است که به مشارکت و همکاری بین بخشی منجر می‌شود، نگاهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مشخص می‌سازد که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت یک جامعه از طریق یک وزارت‌خانه (بهداشت) ممکن نخواهد شد (۳). امروزه، سلامت به‌عنوان محصول مشترک همهٔ بخش‌های توسعه و همکاری بین بخشی، مهم‌ترین راهبرد تحقق آن شناخته می‌شود. حمایت‌طلبی یکی از ابزارهای مهم استقرار تولیت و از پیشران‌های اصلی جلب نظر ذی‌نفعان و توسعهٔ همکاری بین بخشی در نظام سلامت است. حمایت‌طلبی برای سلامت با هدف قرار دادن سلامت در فهرست موضوعات اولویت‌دار دستور کار همهٔ بخش‌های توسعه در بیانیهٔ آدلاید (۱۹۸۸)، به‌عنوان یکی از ۴ حیطه برای اقدام، به‌منظور تدوین سیاست‌های عمومی سالم بر آن تأکید شده است (۴). بیشتر عوامل ایجادکنندهٔ نابرابری در سلامت در بخش‌های مختلف اجتماعی پراکنده هستند. باید در سیاست‌گذاری‌ها رویکرد فرابخشی داشت و تأثیرات احتمالی سیاست‌های آن‌ها بر سلامت، به‌ویژه بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در اجتماع ارزیابی شود؛ اما گاهی اوقات، سیاست‌گذاران در کشورهای درحال‌توسعه درکی که از سلامت دارند، عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است؛ بنابراین، ارتباط بسیاری میان مسئولیت‌های خود و سلامت نمی‌یابند. این وظیفهٔ بخش سلامت است که آنان را آگاه کند (۵). نگاهی به پیشینهٔ استقرار و تشکیلات همکاری بین بخشی برای سلامت در کشور، از حدود ۳۰ سال پیش تاکنون، در قالب شوراهای فرابخشی مختلف در کشور نشان می‌دهد که زمینهٔ ساختاری و شبکه‌ای لازم برای کاربست مؤثر تکنیک‌ها و روش‌های حمایت‌طلبی برای سلامت، ازجمله تولید و استفاده از شواهد، ائتلاف‌سازی، استفاده از رسانه‌های اجتماعی، پایش روند اجرای سیاست‌ها، برقراری گفتگوی سیاستی و راه‌اندازی پویش‌های حمایت‌طلبی به‌خوبی وجود داشته و به‌عنوان یک ابزار کلیدی از آن استفاده‌شده است (۶). شوراهای عالی اداری که مطابق قوانین و مقررات پیش و پس از انقلاب ایجادشده‌اند، دامنهٔ وسیعی از شوراهای موجود در نظام حقوقی کشورمان را تشکیل می‌دهند و تأثیر فراوانی در نظام تصمیم‌گیری در سازمان‌های اداری دارند. در تعریف شوراهای عالی اداری می‌توان بیان داشت که این‌ها شوراهایی هستند که در درون قوهٔ مجریه و در کنار سازمان‌های اداری مرکزی و دستگاه‌های اجرایی مرکزی زیر نظر قوهٔ مجریه تشکیل می‌شوند (۷). مجموعه‌ای از شوراهای عالی که عملاً تحت ریاست رئیس قوهٔ مجریه هستند و دبیرخانه‌های آن‌ها و مراکز تحقیقات راهبردی مربوطه که مسئولیت تصمیم‌گیری‌های راهبردی اعم از هدف‌گذاری‌های کلان، سیاست‌گذاری‌های لازم در عرصه‌های مختلف و نظارت و ارزیابی راهبردی را دارند، ردهٔ مدیریت راهبردی کشور را تشکیل می‌دهند (۷). با وجود این، تلاش به‌منظور نظم‌دهی و سازمان بخشیدن به چرخهٔ سیاست‌گذاری از طریق شناسایی، تبیین و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

مشروعیت‌بخشی به مراحل چرخه، متناسب با شرایط محیطی و مقتضیات حاکم، به‌ویژه در سطح سیاست‌های اجرایی و تدبیری می‌تواند گام مؤثری برای استقرار و نهادینه کردن نظام سیاست‌گذاری به‌ویژه در سطح فرابخشی سلامت به‌شمار آید (۸). با عنایت به نقش و جایگاه شوراهای عالی در نظام تصمیم‌گیری کشور و تأثیری که می‌توانند بر سلامت جامعه داشته باشند، تعامل و همراهی نظام سلامت با این شوراها اهمیت بالایی دارد؛ بنابراین می‌طلبد که سیاست‌گذاران حوزهٔ سلامت به آن توجه کنند. در کشور ما و دیگر کشورهای درحال‌توسعه، تاکنون مطالعه‌ای پیرامون شوراهای عالی مؤثر بر سلامت جامعه و چالش‌ها و موانع پیش روی آن‌ها در تعامل با نظام سلامت، به‌منظور کنترل عوامل تهدیدکننده و بهبود نشانگرهای سلامت انجام‌نشده است؛ به همین سبب، پژوهش حاضر به‌منظور تعیین چالش‌ها و موانع پیش روی شوراهای عالی مؤثر بر سلامت در تعامل با وزارت بهداشت در ایران انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش، مطالعه‌ای کیفی به روش گراندد تئوری است. گراندد تئوری نظریه‌ای است که از طریق جمع‌آوری سامانمند داده‌ها و تحلیل اطلاعات مربوط به پدیدهٔ کشف‌شده، توسعه یافته و به‌طور مشروط و موقت تائید شده است. محقق کار خود را با یک تئوری شروع نمی‌کند که بخواهد آن را اثبات نماید، بلکه با یک مطالعه در عرصه آغاز می‌کند و اجازه می‌دهد که چیزهایی که به آن عرصه مربوط می‌شوند، خود را نمایان سازند؛ ازاین‌رو، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تئوری با یکدیگر رابطهٔ دوطرفه دارند. هدف محقق آن است که از لحاظ نظری به توضیح کامل دربارهٔ یک پدیدهٔ خاص برسد (۹). جامعهٔ پژوهش، دبیران و کارشناسان خبرهٔ دبیرخانهٔ شوراهای عالی هستند. افراد مصاحبه‌شونده بر اساس معیارهایی مانند داشتن تجربهٔ مرتبط، تحصیلات، سابقهٔ مسئولیت در شورا و عضویت در گروه‌ها و کمیته‌های مرتبط انتخاب شدند.

تبیین وضعیت موجود شوراهای عالی مؤثر بر سلامت: برای بررسی وضعیت موجود شوراهای عالی مؤثر بر سلامت، از مطالعهٔ منابع و متون، اسناد بالادستی و سایت‌های اینترنتی، مصوبات و مقررات شوراهای عالی استفاده گردید. ابتدا یک فهرست اولیه از همهٔ شوراهای عالی با رجوع به سایت‌های اینترنتی داخلی شامل پایگاه اطلاع‌رسانی دولت (۱۰)، مرکز اسناد و مدارک علمی وابسته به وزارت فرهنگ و آموزش عالی (۱۱)، پژوهش انجام‌شده از سوی کیانی، خانجانخانی، شیروانی و احمدی (۱۲)، مصوبهٔ ادغام شوراهای عالی توسط شورای عالی اداری (۱۳) تهیه شد. درمجموع، حدود شصت شورای عالی با عناوین شورا، ستاد و... احصاء گردید که در کشور وجود دارد؛ سپس با استفاده از نظر گروه پژوهش و کارشناسان دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ۲۵ شورای عالی که مصوبات آن‌ها بر سلامت اثرگذار است، انتخاب و از طریق دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت نسبت به معرفی پژوهشگر برای انجام مصاحبه اقدام گردید. ۹ شورا تمایلی به همکاری نداشتند که عبارت بودند از: شوراهای عالی عتف، بورس، فرهنگ و آموزش عالی، انقلاب فرهنگی، امنیت ملی، اشتغال، آب، پول و اعتبار، کار و ۱۶ شورا که اعلام آمادگی کردند با هماهنگی با دبیرخانهٔ آن‌ها، مقدمات انجام مصاحبه فراهم شد. پس از هماهنگی و انجام مصاحبه با دبیر یا کارشناسان دبیرخانهٔ شوراهای منتخب مشخص گردید که این شوراها از نظر وضعیت فعالیت و پیگیری اهداف (تشکیل جلسات و تولید مصوبات) متفاوت هستند و به سه دسته فعال، نیمه فعال و غیرفعال تقسیم گردیدند (جدول شمارهٔ ۱).

ابزار و روش گردآوری داده‌ها: برای گردآوری و تکمیل داده‌های موردنیاز، گزارش عملکرد سالانهٔ شوراهای عالی منتخب، اسناد، کتاب قانون، خط‌مشی‌ها، آیین‌نامه‌ها و سایر اسناد مرتبط مطالعه شد؛ همچنین اطلاعات تکمیلی در زمینهٔ روند تغییرات مقررات هر شورا، تعداد مصوبات مرتبط با سلامت، تعداد جلسات سالیانه، وضعیت اجرایی شدن مصوبات، وضعیت حضور اعضای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

جدول ۱. وضعیت شوراهای عالی از نظر فعالیت

فعالیت	نام شوراهای عالی	تعداد
فعال	شورای عالی آموزش‌وپرورش- شورای عالی اداری- شورای عالی استان‌ها- شورای عالی فناوری اطلاعات- شورای عالی فضای مجازی- شورای عالی حفاظت فنی- شورای عالی بیمه سلامت- شورای عالی شهرسازی و معماری ایران- شورای عالی فرهنگ و ارتباطات اسلامی.	۹
نیمه فعال	شورای عالی جوانان- شورای عالی فضایی- شورای عالی حفاظت از محیط‌زیست.	۳
غیرفعال	شورای عالی اسباب‌بازی- شورای عالی ورزش- شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی- شورای عالی مبارزه با جرائم پول‌شویی.	۴
جمع کل	ـــــــــــــــــــــــ	۱۶

اصلی در جلسات، وضعیت دبیرخانه و نظام کاری آن، تعداد و ترکیب اعضای هر شورا، تعداد جلسات تشکیل داده‌شده، تعداد مصوبات مربوط به سلامت، میزان تفاهم‌نامه‌های تدوین‌شده دربارهٔ سلامت، روند پیگیری مصوبات و عوامل مؤثر بر عملکرد این شوراها و موانع و چالش‌های پیش روی آن‌ها مانند ساختار و تشکیلات دبیرخانه، منابع و اعتبارات و نیروی انسانی موردنیاز، ضمانت اجرایی مصوبات، عزم و ارادهٔ ملی، پیوست سلامت در مصوبات، دانش و آگاهی سیاست‌گذاران در زمینهٔ سلامت، وجود قوانین و مقررات موازی، فقدان برنامه‌های مؤثر، فقدان نظام نظارت، پایش و ارزشیابی در اجرای مصوبات در محیط از طریق فرم اطلاعاتی طراحی‌شده از سوی پژوهشگر و مصاحبه‌های عمقی فردی با مسئولین و کارشناسان مطلع و صاحب‌نظران مربوطه در دبیرخانهٔ شوراهای عالی منتخب (۲۳ مصاحبه) با استفاده از راهنمای مصاحبهٔ کیفی نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گردید. پرسش‌ها بر اساس اهداف مطالعه، مصاحبهٔ مقدماتی با چند تن از کارشناسان خبره در حوزهٔ برون و درون بخش سلامت و با مطالعهٔ مقالات داخلی و خارجی و نظر اعضای گروه پژوهش تدوین شد.

سؤالات پرسش‌نامه به شرح زیر بودند:

۱. . به نظر شما شورای عالی و مصوبات آن چه نقشی در سلامت مردم می‌توانند داشته باشند؟ ۲. کدام عوامل می‌توانند بر نقش و عملکرد این شورا به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در ارتقای سلامت مردم مؤثر باشند؟ ۳. به نظر شما چه چالش‌ها و مشکلاتی در حال حاضر مانع تأثیر مصوبات شورای عالی بر مقولهٔ سلامت است؟ ۴. چه الزاماتی برای تقویت نقش و عملکرد شورای عالی در موضوعات سلامت پیشنهاد می‌کنید؟ ۵. انتظار شما از دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و درمجموع وزارت بهداشت، برای تعامل با شورای عالی شما چیست؟

متأسفانه علی‌رغم پیگیری‌های مکرر، تعدادی از دبیرخانهٔ شوراها حاضر به همکاری نشدند (۹ شورای عالی) که ناچار با بررسی مجدد، شوراهای جدیدی به لیست اولیه اضافه شد و شوراهایی که قادر به همکاری نبودند، حذف گردیدند. درمجموع، ۱۶ شورا انتخاب شد که پس از تکمیل لیست با هماهنگی دبیرخانهٔ شوراهای منتخب، افرادی که شناخته‌شده بودند به‌صورت هدفمند برای انجام مصاحبه انتخاب گردیدند. در طول مصاحبه‌های اولیه، از طریق نمونه‌گیری گلوله برفی و با نظرخواهی از افراد مصاحبه‌شونده و همچنین اطلاعاتی که از تحلیل مصاحبه‌ها و تحلیل اسناد به‌دست آمد، سایر ذی‌نفعان و افراد صاحب‌نظر در دبیرخانهٔ هر شورا شناسایی و به نمونهٔ اولیه اضافه شد، بدین ترتیب که پس از هر مصاحبه، چنانچه خود مصاحبه‌شونده فرد مطلع دیگری را در حوزهٔ مطالعه معرفی می‌کرد، با آن فرد نیز برای مصاحبه هماهنگ می‌شد؛ یا به‌صورت فعال از مصاحبه‌شونده‌ها درخواست می‌گردید تا چنانچه افراد دیگری در دبیرخانهٔ شورا و خود شورای مدنظر سراغ داشتند، آنان را معرفی کنند.

شوراهای عالی و تعداد مصاحبه‌شوندگان:

شورای عالی اداری (۲) - شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (۲) - شورای عالی آموزش‌وپرورش (۳) - شورای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

عالی بیمهٔ سلامت (۱)- شورای عالی فضای مجازی (۱) - شورای عالی حفاظت فنی (۲) - شورای عالی شهرسازی و معماری ایران (۱) - شورای عالی جوانان (۱) - شورای عالی سازمان فرهنگ و ارتباطات اسلامی (۱)- شورای عالی حفاظت محیط‌زیست (۱)- شورای عالی فضایی (۱)- شورای عالی فناوری اطلاعات (۱)- شورای عالی ورزش (۱) - شورای عالی مبارزه با جرائم پول‌شویی (۱)- شورای عالی اسباب‌بازی (۲)- شورای عالی استان‌ها (۲). تعداد کل مصاحبه‌ها (۲۳). بحث گروهی ۲ جلسه (۷ نفر).

تحلیل داده‌ها: در این مطالعه، برای تحلیل داده‌ها از روش گراندد تئوری استفاده شد. گراندد تئوری بیش از آنچه روش تحقیق باشد، روشی برای تحلیل داده‌هاست. فرایند اساسی روانی اجتماعی، طبقه پنداشتی با ویژگی، راهبرد، شرایط، ابعاد، پیامد و کارگزاران معیارهای گراندد تئوری هستند که بیان می‌شوند (۸). پس از تحلیل یافته‌های هر مصاحبه، یافته‌ها با منابع علمی و الگوهای موجود، به‌طور مداوم مقایسه می‌گردد تا به پرسش‌های پژوهش پاسخ مناسب داده شود و چارچوب مفهومی از یافته‌های مطالعه حاصل گردد. برای ارزیابی کیفیت کار، از چهار ویژگی قابل اعتبار بودن، قابل‌انتقال بودن، قابل‌اطمینان بودن و قابل تائید بودن لینکلن و گوبا استفاده شد. به‌منظور افزایش اعتبار یافته‌های مطالعه، از تلفیق در روش‌های گردآوری اطلاعات (مصاحبه، بحث گروهی، تحلیل اسناد) استفاده گردید؛ یعنی در کنار مصاحبه‌های فردی، از جلسات بحث گروهی و تحلیل اسناد شامل خبرها، بیانیه‌ها و گزارش‌های منتشره بهره گرفته شد. برای انجام پژوهش، داده‌ها با مشارکت ۳۰ نفر از صاحب‌نظران در دو جلسه بحث گروهی و ۲۳ مصاحبهٔ عمیق فردی جمع‌آوری گردید. به‌منظور انجام بحث گروهی، گروه پژوهش با تهیه و ارسال دعوت‌نامه‌ای برای مشارکت‌کنندگان (رؤسای کمیته‌ها، کارگروه‌ها و کارشناسان دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت ۷ نفر)، عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسهٔ بحث گروهی (مرکز تحقیقات سلامت) را اعلام کرد و پس از مراجعهٔ آنان به محل، با ارائهٔ توضیحاتی در مواردی ازجمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، اطلاعات لازم ارائه گردید .در این پژوهش، دو جلسه بحث گروهی به مدت یک‌ونیم و یک ساعت برگزار شد که طی این جلسات، شرکت‌کنندگان آزادانه اظهار عقیده می‌کردند و هماهنگ‌کنندهٔ جلسه بحث را متعادل و هدایت می‌کرد و پویایی گروه را موردتوجه قرار می‌داد .گفتنی است که معیار پایان بحث گروهی، اشباع اطلاعات و ارائه نکردن داده‌های جدید بود. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان دربارهٔ محرمانه ماندن این اطلاعات و منتشر نکردن آن‌ها، جداگانه و به تفکیک نام مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط گردید .حین ضبط مکالمات، از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. به علت فاصلهٔ متفاوت افراد از ضبط و وجود صداهای مختلف، پیاده کردن نوارها دشوار بود و برای حل این مشکل Voice Recorder رومیزی بهره گرفته شد. برای زمان انجام مصاحبه‌ها نیز پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات تعیین می‌گردید. در ارتباط با مکان مصاحبه نیز جایی انتخاب می‌شد که مصاحبه‌کنندگان در آن مکان احساس راحتی کنند . گفتنی است که مصاحبه‌ها در زمان و محل تعیین‌شده و از سوی پژوهشگر صورت گرفت. پیش از شروع مصاحبه، هدف از انجام این پژوهش به‌طور کامل برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان دربارهٔ محرمانه ماندن اطلاعات، مصاحبه‌ها ضبط گردید. علاوه بر این، حین بحث گروهی و مصاحبه، مواردی همچون کنترل زمان برای هرکدام از پرسش‌ها، ریتم بحث، دقت به ارتباطات غیرشفاهی و نیز بیان خلاصه‌ای از موارد ذکرشده در جلسه برای کمک به تحلیل اطلاعات موردتوجه قرار گرفت. پس از برگزاری مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، صداهای ضبط‌شده پیاده‌سازی گردید و نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصلهٔ زمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

ممکن انجام شد. پس از پایان هر بخش از بحث گروهی و مصاحبه، به‌منظور افزایش قوام و درستی داده‌ها، مصاحبه‌های پیاده‌سازی‌شده با همکاری مشارکت‌کنندگان کنترل گردید. مصاحبه‌ها ۳۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها تا هنگام اشباع اطلاعات ادامه یافت. پس از پایان ۱۵ مصاحبه، اشباع حاصل گردید. به‌منظور حصول اطمینان بیشتر و با توجه به تنوع در وظایف و اهداف شوراهای منتخب، ۸ مصاحبه دیگر نیز صورت گرفت که درمجموع، تعداد مصاحبه‌ها به ۲۳ مورد رسید و درنهایت، داده‌ها با استفاده از روش گراندد تئوری تحلیل شدند.

برای افزایش انتقال‌پذیری مطالعه، از نمونه‌گیری با بیشترین تنوع استفاده گردید. برای افزایش معیار همسانی نیز تلاش شد همهٔ اتفاقات رخ‌داده در طول مسیر مانند نحوهٔ انتخاب مصاحبه‌شوندگان، نحوهٔ انجام مصاحبه‌ها، نوع سؤالات پرسیده‌شده و نحوهٔ تحلیل داده‌ها ثبت شود، به‌طوری‌که دیگران تا حد امکان با جزئیات مطالعه آشنا گردند. به‌منظور افزایش قابلیت تأییدپذیری یافته‌های مطالعه (که درواقع به این موضوع می‌پردازد که یافته‌ها برگرفته از داده‌های مطالعه هستند و برخاسته از تفسیرهای محقق نیستند)، در همهٔ گزارش یافته‌های مطالعه، در کنار استنباط‌های استخراج‌شده از متن مصاحبه‌ها، از نقل‌قول‌های خود مصاحبه‌شونده‌ها استفاده‌شده است. طبقه‌بندی یافته‌ها نیز بارها از سوی اعضای گروه پژوهش مطالعه و اصلاح گردید. پژوهشگر همهٔ مصاحبه‌ها را در همان روز پیاده‌سازی و برای کدگذاری وارد برنامه MAXQDA vol.10 کرد و به دنبال آن، عمل تحلیل و کددهی مطابق الگوی پیشنهادی استراس و کوربین انجام گرفت که شامل سه مرحلهٔ کدگذاری باز، محوری و انتخابی است (۸).

یافته ها

وضعیت موجود شوراهای عالی منتخب ازنظر فعالیت: بر اساس بررسی‌های به‌عمل‌آمده از طریق مصاحبه و مراجعه به وبگاه الکترونیک شوراهای منتخب مشخص گردید که این شوراها از نظر فعالیت (تشکیل جلسات و تولید مصوبات) سه دسته هستند (فعال، نیمه فعال و غیرفعال) که در جدول ذیل آمده‌اند.

الف. شوراهای فعال: دبیرخانهٔ این شوراها، در چارچوب اساسنامه و شرح وظایفی که در قانون برای آن‌ها پیش‌بینی گردیده، به‌صورت منظم نسبت به تشکیل جلسات شورا و تصویب مصوبات موردنظر اقدام کرده‌اند. وزیر بهداشت و یا نمایندهٔ ایشان در شوراهای عالی آموزش‌وپرورش، اداری، فناوری اطلاعات، حفاظت فنی و بیمه سلامت حضور دارد؛ اما در بررسی مصوبات جلسات تشکیل‌شده پیوست سلامت به‌صورت چشمگیری در همهٔ مصوبات منظور نشده است که نشان‌دهندهٔ بی‌توجهی وزیر بهداشت و یا نمایندهٔ شرکت‌کننده در جلسات و نیز اعضای اصلی شورا و افراد اصلی تصمیم گیر و تصمیم‌ساز است. در قانون، برای شورای عالی استان‌ها، فضای مجازی، شهرسازی و معماری ایران و فرهنگ و ارتباطات اسلامی رابطه ای با وزارت بهداشت و یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی پیش‌بینی‌نشده است و علی‌رغم تشکیل جلسات به‌صورت منظم، متأسفانه پیوست سلامت در مصوبات وجود نداشت. ضعف نظام سلامت در مطالبه‌گری و توجه به مقولهٔ پیوست سلامت در مصوبات شوراهای مدنظر، بی‌توجهی و آگاهی پایین تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران شرکت‌کننده در شوراهای عالی و زیرمجموعهٔ آن‌ها به اهمیت پیوست سلامت در مصوبات و عضویت نداشتن وزارت بهداشت در این شوراها، از چالش‌های پیش روی تعامل شوراهای عالی با وزارت بهداشت است.

ب. شوراهای نیمه فعال: شورای عالی جوانان، شورای عالی فضایی و شورای عالی حفاظت محیط‌زیست سه شورایی هستند که فعالیت آن‌ها به‌صورت منظم و در چارچوب وظایف پیش‌بینی‌شده انجام نمی‌شود. در شورای عالی جوانان و حفاظت از محیط‌زیست، نمایندهٔ وزارت بهداشت وجود دارد و در شورای عالی فضایی و یا کارگروه‌های مربوط به آن، نمایندهٔ وزارت بهداشت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

حضور ندارد.

معاونت جوانان وزارت ورزش و جوانان در مصاحبه‌ای با روزنامه دنیای اقتصاد در تاریخ ۴/۷/ ۱۳۹۶ بیان می‌دارد که: مناسبات و مشاهدات درونی و بیرونی طی این ۶ سال این‌طور می‌گویند که نتیجهٔ ادغام جوانان در ورزش به‌حدی اشتباه بود که مسئولان هر دو بخش در میدان عمل، به تنگنا آمده و به ناکارآمدی وزارتی مشترک بارها و در دوره‌های مختلف اذعان کردند. در بررسی‌های به‌عمل‌آمده از منابع مختلف و سایت‌های معتبر چنین برداشت می‌شود که وزارت ورزش و جوانان در زمینهٔ مدیریت هماهنگ و اصولی هر دو حوزه موفق نمایان نشده است، به طریقی که یکی از مصاحبه‌شوندگان شورای عالی جوانان بیان داشتند: «از مشکلات ساماندهی امور جوانان، مشغول بودن وزیر ورزش و جوانان به حوزهٔ ورزش است و کمتر به موضوع جوانان پرداخته می‌شود.»

شورای عالی فضایی شورایی است که برخلاف اساسنامه و اهداف اولیه، فعالیت‌هایش به‌درستی انجام نمی‌شود. انتقاد از عملکرد شورای عالی فضایی به این علت مطرح می‌شود که برخلاف اساسنامه، این شورا از بدو تشکیل (سال ۱۳۸۳) تاکنون درمجموع ۳ جلسه داشته است. در این زمینه، رئیس سازمان فضایی ایران اظهار داشت: برنامهٔ ۱۰ سالهٔ اول فضایی از سال ۱۳۸۵ آغاز شد و تا سال ۱۳۹۵ ادامه داشت که این برنامه مبتنی بر توسعهٔ فناوری فضایی و بومی‌سازی آن بود. در این مدت نیز ۳ بار شورای عالی فضایی تشکیل شد و موارد لازم در شورا به تصویب رسید. به سبب ویژگی‌های منحصربه‌فردی که در فضا وجود دارد، توسعهٔ درست و اصولی فناوری فضایی می‌تواند تمام زوایای زندگی مردم را دگرگون کند و تأثیر زیادی در سلامت جامعه داشته باشد (در جدول شمارهٔ ۲ به نقش شورا اشاره‌شده است).

شورای عالی دیگری که از نظر جایگاه و نقش، در حوزهٔ فعالیتش اهمیت بالایی دارد، شورای عالی حفاظت از محیط‌زیست است که متأسفانه به سبب مشکلات و چالش‌های موجود، به‌صورت فعال ظاهرنشده است و در حوزه‌هایی، از تصمیمات شوراهای عالی و دستگاه‌های اجرایی و محیطی متأثر می‌گردد. در بررسی به‌عمل‌آمده و مصاحبهٔ انجام‌شده، شورای عالی حفاظت از محیط‌زیست در انجام وظایف و رسالتی که برایش تعریف‌شده است، چندان موفق نبوده و سازمان حفاظت از محیط‌زیست، هرچند ضعیف، اما فعالانه‌تر از شورای عالی در پیگیری مشکلات مربوط به محیط‌زیست عمل کرده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان دبیرخانه شورای عالی محیط‌زیست بیان داشتند که:

«... لذا به همین دلیل، بعضی موضوعات باقی مانده و مطرح نمی‌شوند. جلسات شورا معمولاً سالی یک‌بار و حدود دو ساعت طول می‌کشد. پس ما در موضوع جلسات شورا، با دو مشکل مواجه هستیم: یکی زمان تشکیل جلسات که دیر انجام می‌شود، دوم اینکه مدت‌زمان جلسات کم است؛ درنتیجه، خیلی موضوعات مهم مطرح نمی‌شوند.»

پ. شوراهای غیرفعال شامل:

۱. شورای نظارت بر اسباب‌بازی کودکان: این شورا زیر نظر شورای عالی انقلاب فرهنگی است و مدیریت آن بر عهدهٔ کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان قرار دارد. علاوه بر نظارت بر طراحی، تولید و واردات اسباب‌بازی، نظارت بر فضای بازی، جمع‌آوری شواهد و تحقیقات انجام‌شده دربارهٔ بازی و اسباب‌بازی و نیز فرهنگ‌سازی و تغییر در نگرش جامعه نسبت به موضوع اسباب‌بازی از دیگر وظایف این شوراست. ارتقای سلامت و تکامل اوایل کودکی به‌عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، نیازمند اتخاذ راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه است. متأسفانه شورای یادشده از دو سال گذشته، به سبب همکاری ضعیف اعضای شورا و نیز پایین بودن سطح آگاهی سیاست‌گذاران، مدیران، مربیان، خانواده‌ها و والدین دربارهٔ نقش بازی و آموزش بازی محور در سلامت و اوایل دوران کودکی و همچنین فقدان شورای ملی بازی کودکان تعطیل است. یکی از مصاحبه‌شوندگان دبیرخانه شورای عالی نظارت بر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

جدول ۲. وظایف کلیدی شوراهای عالی منتخب در ارتباط با ارتقای سلامت

	شوراهای عالی	وظایف کلیدی مندرج در مستندات قانونی
۱	شورای عالی آموزش‌وپرورش	آموزش‌های عمومی، سوادآموزی، پرورش فکری کودک و نوجوان، تربیت دبیر و معلم، نوسازی مدارس
۲	شورای عالی اسباب‌بازی	سلامت ذهنی، فکری، معنوی و حسمی کودکان، محتوای فرهنگی اسباب‌بازی، توانمند گردن کودکان، والدین، اولیا و مدارس
۳	شورای عالی جوانان	زمینه‌های اشتغال و ازدواج جوانان، اوقات فراغت جوانان، تقویت خصوصیات روحی، اخلاقی، فکری و عاطفی جوانان
۴	شورای عالی ورزش	توسعهٔ تسهیلات و امکانات ورزشی، سیاست‌های ورزش همگانی، ورزش قهرمانی
۵	شورای عالی اداری	بهره‌وری نیروی انسانی و مدیریت دستگاه‌های اجرایی، بهینه‌سازی ساختار، ترکیب و توزیع نیروی انسانی، اصلاح ساختار اداری
۶	شورای عالی استان‌ها	پیگیری مشکلات پیشنهادی استان‌ها، بیان نارسایی‌ها و اشکالات نهادها و سازمان‌های اجرایی
۷	شورای عالی فناوری اطلاعات	دولت الکترونیک و کاهش هزینه‌های خانوار، استفاده از ظرفیت‌های شورا برای ارتقای سلامت مردم
۸	شورای عالی فضای مجازی	مقابله با مخاطرات تهدیدکنندهٔ فضای مجازی، آگاه‌سازی، حساس‌سازی، توانمند کردن مردم و مسئولین در زمینهٔ فضای مجازی
۹	شورای عالی فضایی	به‌کارگیری فناوری‌های فضایی در زمینه‌های امنیتی، تولیدی، بهداشتی و...، پیش‌بینی مخاطرات طبیعی مانند زلزله و سیل
۱۰	شورای عالی حفاظت فنی	محیط کار سالم (کاهش حوادث شغلی و استفاده از فرصت محل کار برای ارتقای سلامت)، حفاظت فنی دستگاه‌ها، قوانین و مقررات
۱۱	شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی	خدمات رفاه و تأمین اجتماعی، حمایت و توان‌بخشی از خانواده‌های بی‌سرپرست، کودک خیابانی، بدسرپرست، ایتام و خودسرپرست، دختران و زنان پناه‌جو و آسیب‌دیده، ارائهٔ حمایت و توان‌بخشی افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.
۱۲	شورای عالی بیمهٔ سلامت	تعرفهٔ خدمات سلامت، اقتصاد سلامت، مشارکت مالی عادلانهٔ مردم در سلامت
۱۳	شورای عالی شهرسازی و معماری ایران	تسهیلات شهری برای ارتقای سلامت، تعیین محل شهرها و مراکز جمعیت آینده، هدایت و کنترل شهرنشینی
۱۴	شورای عالی حفاظت محیط‌زیست	حفاظت از محیط‌زیست و تضمین بهره‌مندی درست و مستمر از محیط‌زیست و همسو با توسعهٔ پایدار، حفاظت از تنوع زیستی کشور و پیشگیری و ممانعت از تخریب محیط‌زیست، تعیین محدودیت‌ها و ممنوعیت‌های زمانی و مکانی شکار و صید و حدود مانَک‌های ملی و مناطق حفاظت‌شده
۱۵	شورای عالی مبارزه با جرائم پول‌شویی	تهیهٔ سامانه‌های هوشمند و شناسایی معاملات مشکوک و گزارش به مراجع ذی‌ربط برای انجام اقدامات لازم، تعیین راهبردها و برنامه‌ریزی برای اجرای قانون
۱۶	شورای عالی فرهنگ و ارتباطات اسلامی	تقویت فعالیت‌های فرهنگی و تبلیغی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی ایرانی در خارج کشور، نظارت بر حسن اجرای فعالیت‌های فرهنگی در خارج از کشور، محصولات فرهنگی (کتاب، نشریات و سمعی و بصری) مؤثر بر رفتارهای پرخطر سلامتی، سیاست‌های توسعهٔ نظام‌مند تفریحات مردم، تأثیر گردشگری و توریسم در نشاط، موسیقی و هنر، سیاست‌های خبرگزاری‌ها در حمایت‌طلبی برای گردشگری و سلامت در خارج کشور
۱۷	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	سیاست‌گذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی، بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی، تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی، تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای، تصویب برنامهٔ اجرایی سامانه (خدمات جامع و هماهنگی سلامت و امنیت غذایی) به پیشنهاد وزارت بهداشت، تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی و ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

اسباب‌بازی بیان داشتند: «شورا ۱۰ عضو دارد که از سال ۱۳۸۱ تاکنون، ۲۰ جلسه تشکیل‌شده است. جلسات شورا در مدت ۱۸ ماه گذشته، به علت عدم همکاری اعضاء تشکیل نشده است.»

۲. شورای عالی ورزش: توسعهٔ ورزش همگانی و نهادینه کردن فرهنگ ورزش در میان آحاد مردم جامعه یکی از سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی وزارت ورزش و جوانان است. برای تحقق این مهم، شورای ورزش همگانی کشور و شورای استانی با هدف هم‌افزایی و بهره‌مندی از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های دستگاه‌های اجرایی طبق شرایطی تشکیل گردیده است. این شورا به سبب ضعف ارادهٔ سیاسی و نیز بی‌توجهی سیاست‌گذاران ملی به ورزش و تأثیری که بر سلامت جامعه دارد، تعطیل است. در مصاحبه با یکی از شرکت‌کنندگان عضو دبیرخانهٔ شورای عالی ورزش بیان شد:

«این شورا با نام "شورای تربیت‌بدنی و تفریحات سالم" پیش از انقلاب اسلامی تشکیل شد و اتفاقاً در رابطه با برگزاری بازی‌های آسیایی ۱۹۷۴ تهران نیز کاملاً فعال بود. این شورا بعد از انقلاب هم به حیات خود ادامه داد. آخرین جلسات این شورا که بعدها به "شورای عالی ورزش" تغییر نام داد، در دورهٔ اول ریاست جمهوری خاتمی برگزار شد؛ اما بعد از آن، فعالیت‌هایش لغو شد و با وجود مصوبهٔ یک سال پیش مجلس، هنوز احیا نشده و آغاز به کار نکرده است.»

۳. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی: به سبب وجود شوراهای متعدد در بدنهٔ وزارت رفاه، تعاون، کار و امور اجتماعی، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی از نظر تشکیل جلسات و اتخاذ تصمیمات غیرفعال است. در مصاحبه با یکی از شرکت‌کنندگان دبیرخانهٔ شورای عالی رفاه دربارهٔ تعطیلی شورا اشاره داشتند که:

«شورای عالی رفاه به استناد قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل‌شده است و چون وزارتخانهٔ مستقلی داشت، همهٔ مسائل مربوط به رفاه در اینجا انجام می‌گرفت. با عنایت به این مسئله، هم وزیر بر موضوعات اشراف بیشتری داشت و هم دولت؛ ولی الآن چندین شورا در بدنهٔ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی فعالیت می‌کنند؛ درنتیجه، هم وزیر فرصت کم دارد و هم رئیس‌جمهور فرصت شرکت در جلسات را ندارد. به سبب تشکیل نشدن شورا، با توجه به اختلالی که در وظایف پیش آمد، سعی شد که موضوعات و مشکلات از طریق کمیسیون‌های مربوطه و ارجاع به هیئت‌وزیران مورد تصویب قرار گیرند.»

۴. شورای عالی مبارزه با جرائم پول‌شویی: این شورا در سال ۱۳۹۷، با موافقت مجلس شورای اسلامی، به‌منظور هماهنگی برای پیشگیری و مقابله با جرائم پول‌شویی و تأمین مالی تروریسم، شورای عالی مقابله و پیشگیری از جرائم پول‌شویی و تأمین مالی تروریسم، به‌منظور هماهنگ کردن دستگاه‌های ذی‌ربط در امر جمع‌آوری، پردازش و تحلیل اخبار، اسناد و مدارک، اطلاعات و گزارش‌های واصله، تهیهٔ دستگاه‌های اطلاعاتی هوشمند، شناسایی معاملات مشکوک و به‌منظور مقابله با جرم پول‌شویی، شورای عالی مبارزه با پول‌شویی به ریاست و مسئولیت وزیر امور اقتصادی و دارایی تشکیل گردید. یکی از اعضای شورا بیان داشتند: «جرائم پول‌شویی برای اکثریت مردم و سیاست‌گذاران مخصوصاً در بخش سلامت، کمتر شناخته‌شده است که بایستی موردتوجه قرار گیرد. شورای عالی مبارزه با جرائم پول‌شویی در اردیبهشت سال ۱۳۹۷ شروع به‌کار نموده است؛ اما شورا هنوز فعال نیست.»

نقش شوراهای عالی منتخب در سلامت: به‌منظور تعیین نقش هر شورا، با بررسی تارنمای مربوطه و نظر مصاحبه‌شوندگان، نقش هر شورا در سلامت استخراج شد؛ سپس کلیدی‌ترین وظایف هر شورا در چند عبارت خلاصه شده و جدول پیش‌نویس نقش شوراها برای نظرخواهی از برخی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه آماده گردید. درنهایت، از سوی کمیتهٔ پژوهش امتیازدهی به عمل آمد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

(جدول شمارهٔ ۲). برای تعین نقش از بررسی مستندات قانونی، نظرات خبرگان بر اساس بحث گروهی و مصاحبهٔ حضوری اعضای دبیرخانهٔ شوراهای عالی و دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت استفاده‌شده است.

چالش‌ها و موانع پیش روی شوراهای عالی: بر اساس تحلیل داده‌ها و مصاحبه با ذی‌نفعان کلیدی، سه موضوع اصلی شناسایی‌شده پیش روی شوراهای عالی در تعامل با وزارت بهداشت عبارت بودند از: عوامل ساختاری، عوامل سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و عوامل مدیریتی (جدول شمارهٔ ۳).

جدول ۳. موضوعات اصلی و مشکلات شناسایی‌شده شوراهای عالی در تعامل با وزارت بهداشت

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی
عوامل ساختاری	۱. کمبود منابع مالی و انسانی مکفی و مناسب، ۲ ساختار ناکارآمد،۳. نبود عزم و ارادهٔ جدی در اجرای مصوبات، ۴. وجود قوانین و مقررات موازی و تداخل وظایف،۵. ضعف در اجرای مصوبات به علت ضمانت اجرایی ناکافی، ۶. تعامل با شوراهای عالی طبق کدام ساختار و توسط کدام نهاد زیرمجموعهٔ وزارت بهداشت؟
عوامل، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی	۱. آگاهی و نگرش پایین تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیرندگان شوراهای عالی دربارهٔ سلامت و عوامل مؤثر بر آن، ۲. آگاهی ضعیف سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیرندگان و مدیران ارشد شوراهای عالی و زیرمجموعه آن‌ها از مقولهٔ پیوست سلامت، ۳. ضعف اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی توسط نظام سلامت، ۴. قرایند غیر کارشناسی در تشکیل شوراهای عالی کشور، ۵. فقدان اطلاعات دقیق از تعداد شوراهای عالی و آثار احتمالی تصمیمات آن‌ها بر سلامت جامعه
عوامل مدیریتی	۱. نبود برنامه‌های مؤثر و مدون در دبیرخانهٔ شوراهای عالی، ۲. فقدان نظام پایش و ارزشیابی مستمر و پویا، ۳. ضعف مدیریت و همکاری بین بخشی، ۴. تولیت (رهبری) ضعیف وزارت بهداشت در برون بخش سلامت، ۵. مهارت ضعیف وزارت بهداشت و زیرمجموعه‌های آن در استفاده از فن حمایت‌طلبی، ۶. نداشتن تفاهم‌نامه و قرارداد با بیشتر شوراهای عالی و دستگاه‌های اجرایی

۱. عوامل ساختاری

۱-۱. کمبود منابع مالی: کمبود منابع مالی و اعتباری مشکلی است که عملکرد شوراهای عالی و دبیرخانهٔ آن‌ها را در سطح ملی با چالش جدی مواجه کرده و باعث شده است که بیشتر آن‌ها عملکرد قابل قبولی نداشته نباشند که در مصاحبه‌ها به‌کرات بیان‌شده است؛ به‌عنوان نمونه، یکی مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «بیشتر شوراهای عالی به دلیل مشکلات مالی و اعتباری کافی مؤثر نیستند. از طرفی، سازمان برنامه‌وبودجه هم مطالبه‌گر نیست از شوراها زیرا شوراهای عالی نقش رگلاتور توسعه کشور رادارند و اگر شورایی نمی‌تواند مؤثر باشد و انجام‌وظیفه کند بایستی حذف شود در غیر این صورت باید فعالانه در جهت وظایف شورا اقدام نماید»(م ۲).

۱-۲. ساختار و تشکیلات نامناسب شوراهای عالی و زیرمجموعهٔ آن‌ها: به‌طورکلی، ساختار و تشکیلات اداری در هر سازمانی به‌خودی‌خود هدف نیست، بلکه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف سازمان و اجرای مؤثر و موفقیت‌آمیز وظایف و مسئولیت‌ها است. هر شورای عالی باید ساختار سازمانی و تشکیلات مؤثری داشته باشد، به‌طوری‌که وظایف و مسئولیت‌ها، به‌وضوح میان واحدهای مختلف زیرمجموعه تقسیم شده و به آن‌ها قدرت اختیار در برابر مسئولیت‌ها و وظایف داده‌شده باشد. بر اساس داده‌های مطالعه، ساختار و تشکیلات ناکارآمد و کمبود نیروی انسانی متخصص از موانع اصلی تعامل است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشت: «هرچند همه به این موضوع اذعان داریم که اجرا و اصلاح هر قانون و مقرراتی نیازمند ساختار مناسب و منابع مالی و انسانی موردنیاز است که در صورت محقق نشدن این عوامل، نتیجهٔ دلخواه به دست نخواهد آمد»(م ۴).

۱-۳. وجود قوانین و مقررات موازی و تداخل وظایف باعث اخلال در اجرای مصوبات: فرایند غیر کارشناسی در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

تشکیل و ایجاد شوراهای عالی در کشور گاهی سبب می‌شود که موازی کاری و تداخل وظایف در دستگاه‌های اجرایی و در هنگام اجرای مصوبات اتفاق بیفتد. یکی از خبرگانی که مورد مصاحبه قرار گرفت، بیان می‌دارد: «وجود نقص در قوانین و مقررات، وجود قوانین و مقررات موازی و کمبود منابع در همهٔ زمینه‌ها که باعث می‌شود نظارت‌ها به‌درستی انجام نگردند و مصوبات شورای عالی... در اجرا مشکل داشته باشند» (م ۶).

۱-۴. *اجرای ضعیف مصوبات به علت ضمانت اجرایی ناکافی:* از دیگر چالش‌ها و موانعی که شوراهای عالی دررسیدن به اهداف از پیش طراحی‌شده و لحاظ کردن پیوست سلامت در مصوبات با آن مواجه هستند، پشتوانهٔ اجرایی ضعیف و حمایت ناکافی سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و مدیران ارشد در سطوح مختلف نظام تصمیم‌گیری و اجرایی است. اجرای مصوبات شوراهای عالی با داشتن پیوست سلامت، نیازمند عزم و ارادهٔ جدی و وجود ضمانت اجرایی محکم در عرصه و نیز هنگام اجرا است. در این رابطه، یکی از افرادی که در مصاحبه شرکت داشتند، دراین‌باره بیان کردند: «از مشکلاتی که شوراهای عالی را با مشکل مواجه کرده و نتایج دلخواه به دست نمی‌آورند، عدم وجود ضمانت اجرایی و عزم و اراده در بین متولیان امر است» (م ۸).

۲. *عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی*

۲-۱. *آگاهی و نگرش پایین تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیرندگان شوراهای عالی دربارهٔ سلامت و عوامل مؤثر بر آن:* حساس کردن و توانمند نمودن سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی در شوراهای عالی و زیرمجموعهٔ آن‌ها دربارهٔ اهمیت سلامت و عوامل تهدیدکنندهٔ آن در صحبت مصاحبه‌شوندگان به‌وضوح بیان‌شده است: «آموزش و حساس‌سازی در موضوعات سلامت و توانمند کردن تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران در این زمینه، بسیار اثرگذار خواهد بود. اعتقاد به مقولهٔ سلامت و اینکه سیاست‌گذاران بدانند مخاطرات کجا زیان‌بار هستند، از مقولات بسیار مهم است که نظام سلامت بایستی بیشتر روی آن کار کند» (م ۱۴).

۲-۲. *آگاهی ضعیف سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیرندگان و مدیران ارشد شوراهای عالی و زیرمجموعهٔ آن‌ها از مقولهٔ پیوست سلامت:* علی‌رغم وجود الزام قانونی، متأسفانه بی‌خبری بیشتر شوراها از قوانین و مقررات بالادستی سبب شده است که به مقولهٔ پیوست سلامت در مصوبات و تصمیم‌گیری‌ها توجه جدی نداشته باشند. از سویی، پیگیری نکردن و مطالبه‌گر نبودن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینهٔ مجاب کردن شوراهای عالی به در نظر گرفتن مقولهٔ سلامت در هنگام اتخاذ تصمیم و یا تصویب مصوبات، از چالش‌های اصلی پیش روی شوراهای عالی و نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری کشور است. یکی از خبرگان دراین‌باره بیان داشتند: «... ارزیابی سلامت در خصوص مصوبات و تصمیمات شورا انجام نمی‌شود. البته در حوزهٔ اجرا بایستی به این موضوعات توجه شود و همانند پیوست امنیتی و فرهنگی، پیوست سلامت هم دیده شود که این کار انجام‌نشده است؛ مثلاً در زمینهٔ بازی‌های رایانه‌ای، اعتیاد اینترنتی و آسیب‌های اجتماعی» (م ۹).

۲-۳. *ضعف اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی توسط نظام سلامت:* افراد صاحب‌نظر دبیرخانهٔ شوراهای عالی اعتقاد دارند که نظام سلامت از ظرفیت قانونی که دارد، برای افزایش آگاهی سیاست‌گذاران و مدیران دیگر بخش‌ها نسبت به مخاطرات تهدیدکنندهٔ سلامتی استفاده نمی‌کند: «... وزارت بهداشت و شورای عالی سلامت بایستی با استفاده از تمامی ظرفیتی که دارند و بر اساس وظایف و قوانین بالادستی، در جهت اصلاح نگاه و نگرش سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران ارشد در سطح ملی در خصوص ورزش و سلامت اقدام کنند» (م ۴).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

۲-۴. *فرایند غیر کارشناسی در تشکیل شوراهای عالی کشور:* بر اساس بررسی‌های به‌عمل‌آمده از سایت‌های گوناگون، تعداد دقیق شوراهای عالی در سطح کشور نامشخص است و روند مشخص و متولی شناخته‌شده‌ای دربارهٔ ضرورت تشکیل شوراهای عالی و نظارت بر روند فعالیت آن‌ها وجود ندارد. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند: «تشکیل و یا عدم تشکیل شوراهای عالی بیشتر اوقات زمینه‌های سیاسی دارد» (م ۲).

۳. *عوامل مدیریتی*

۳-۱. *فقدان برنامه‌های مؤثر و مدون در دبیرخانه شوراهای عالی:* در بررسی محتوای جلسات و مصاحبه با دبیران و کارشناسان خبره دبیرخانه شوراهای عالی منتخب که کار تنظیم و پیگیری و ابلاغ مصوبات شورای عالی بر عهده دارند، اکثراً فاقد برنامه کوتاه‌مدت و بلندمدت به‌منظور رسیدن به اهداف پیش‌بینی‌شده بودند و صرفاً به بررسی درخواست‌های دریافت شده از دیگر بخش‌های مختلف و یا موضوعات چالشی مرتبط می‌پرداختند. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند: «متأسفانه بایستی اذعان داشت که گریز از رویکرد برنامه محوری و برنامه‌ریزی در سطوح مختلف سیستم اداری کشور به‌وضوح نمایان است که شوراهای عالی هم از این رویکرد بی‌نصیب نیستند»(م ۴).

۳-۲. *نبود نظام نظارت، پایش و ارزشیابی مصوبات:* یکی از وظایف اصلی مدیران در هر دستگاهی، نظارت و کنترل فعالیت‌ها است. بدین منظور، دبیرخانهٔ شوراهای عالی که وظیفهٔ نظارت و ارزشیابی مصوبات را بر عهده دارند، قاعدتاً می‌طلبد که این مهم را به‌درستی انجام دهند؛ اما به علت ضعف در همکاری و هماهنگی اعضای شورا، این کار به‌درستی انجام نمی‌شود. دراین‌باره یکی از افراد شرکت‌کننده در مصاحبه می‌گوید: «در استانداردهای اعمال‌شده در مصوبات شورا، سلامت و ایمنی مستتر است، هرچند متأسفانه در اجرا مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرند؛ به دلایل مختلف که بیان شد، مخصوصاً نظارت ضعیف و عدم هماهنگی» (م ۸).

۳-۳. *ضعف مدیریت و همکاری بین بخشی:* هم‌افزایی و همکاری بین بخشی از اصلی‌ترین راهبردهای موفق در سازمان‌ها و کشورهای پیشرفته است؛ بنابراین، شوراهای عالی و دستگاه‌های اجرایی زیرمجموعهٔ آن‌ها در صورتی موفق خواهند شد که اهداف طراحی‌شده را محقق سازند و در فرایند همکاری و هماهنگی، اصول مربوطه را به‌درستی اجرا کنند؛ اما متأسفانه در مصاحبه با خبرگان دبیرخانهٔ شوراهای عالی، همکاری ضعیف میان بخش‌های مختلف را به‌عنوان مشکل بیان کردند. یکی از خبرگان دراین‌باره می‌گوید: «همکاری بین بخشی از وضعیت خوبی برخوردار نیست و متأسفانه اعضای شورا اکثراً برای رفع تکلیف در جلسات شورا شرکت می‌کنند، حتی خود وزارت بهداشت هم متأسفانه همین رویکرد و رفتار را دارد» (م ۲۲).

۳-۴. *تولیت (رهبری) ضعیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:* بر اساس قانون، تولیت یعنی حاکمیت درون بخش و رهبری برون بخش از وظایف وزارت بهداشت است؛ همچنین شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان مرجع سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در زمینهٔ موضوعات فرابخشی سلامت، وظیفهٔ نظارت بر تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور سایر بخش‌ها را بر عهده دارد که متأسفانه دراین‌باره به‌درستی انجام‌وظیفه نکرده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «به نظر می‌رسد که نظام درمان حاکم بر نظام سلامت است؛ یعنی صرف درمان و خدمات درمانی صورت می‌گیرد و رهبری که از وظایف نظام سلامت است؛ یعنی رهبری برون بخش، تقریباً مغفول مانده است» (م ۱۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، کمبود منابع مالی یکی از چالش‌های اصلی شوراهای عالی و زیرمجموعه آن‌ها برای اجرای مصوبات و اهداف پیش‌بینی‌شده بود که با یافته‌های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۱۴)، سنایی‌نصب و همکاران (۱۵) و تاهان (۱۶) هم‌خوانی دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشتر دبیرخانهٔ شوراهای عالی در کشور از نظر تأمین منابع مالی و اعتباری استقلال کافی ندارند و این موضوع به‌عنوان یک چالش جدی باعث شده است که شوراهای عالی از نظر برنامه‌ریزی، ارزشیابی و پیگیری اجرای مصوبات و توجه به پیوست سلامت در سیاست‌گذاری‌ها، موفقیت چشمگیری نداشته باشند. کمبود نیروی انسانی موردنیاز، ساختار و تشکیلات ناکارآمد و وجود قوانین و مقررات موازی از دیگر چالش‌های عوامل ساختاری است. به‌طورکلی، کمبود نیروی انسانی از نظر کمی و کیفی وجود دارد و طرح‌های آموزشی بر اساس نیازهای شوراهای عالی بازبینی نمی‌شود، بیشتر دبیرخانهٔ شوراها منابع مالی مکفی به‌منظور اجرای مصوبات و نیروی تخصصی را ندارند و از ساختار و تشکیلات استاندارد برخوردار نیستند. به‌منظور ارتقای کمی و کیفی نیروی انسانی جامعهٔ مطالعه‌شده، اختصاص بودجهٔ مناسب برای جذب نیروی انسانی به تعداد لازم، به‌ویژه نیروهای تخصصی و تربیت کارکنان آموزش‌دیده و دوره‌دیدهٔ چندمهارتی، با کمک برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی، برای ایجاد گردش شغلی در شرایط کمبود نیرو و نیز تخصیص منابع مالی موردنیاز پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این، عزم و ارادهٔ سیاسی در اجرای مصوبات و سیاست‌ها از چالش‌های اصلی ساختاری در تعامل شوراهای عالی با وزارت بهداشت است که با مطالعات وحدانی‌نیا و وثوق مقدم (۱۷) و وحدانی‌نیا و ملک‌محمدی (۱۸) مطابقت دارد. اجرای مصوبات در محیط و توسط دستگاه‌های اجرایی نیازمند عزم و ارادهٔ سیاسی و نیز ضمانت اجرایی لازم است که متأسفانه کم‌توجهی سیاست‌گذاران دراین‌باره باعث شده است که فعالیت شوراها اثربخشی قابل‌توجهی به‌ویژه در زمینهٔ عوامل مؤثر بر سلامت نداشته باشد. مسئولیت‌پذیری سیاسی نقش فراوانی در اثربخشی قوانین و مقررات سلامت کشورها دارد. اقتدار دولت مرکزی و هماهنگی و حمایت مجلس نمایندگان مردم نقش بسزایی در پیشبرد قوانین مرتبط با سلامت دارد (۱۹). آگاهی و نگرش پایین تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران شوراهای عالی دربارهٔ سلامت و عوامل تعیین‌کنندهٔ آن و همچنین بی‌توجهی به پیوست سلامت در مصوبات و سیاست‌گذاری‌ها به علت ضعف آگاهی از تأثیرات و عواقب آن‌ها بر نشانگرهای سلامت جامعه، از دیگر چالش‌های اصلی تعامل شوراهای عالی با وزارت بهداشت است که با مطالعات مصدق‌راد و رحیمی تبار (۱۴)، دماری و همکاران (۲۰)، دماری و همکاران (۲۱) و جونز (۲۲) هم‌خوانی دارد. حمایت‌طلبی توسط نظام‌های سلامت به‌عنوان یک «راهبرد»، نقش محوری در تغییر نگاه متصدیان سازمان‌های ذی‌ربط دارد؛ بنابراین، در اولویت قرار گرفتن «سلامت مردم» نسبت به سایر موضوعات حاکمیتی و اجتماعی نیازمند تغییر نگاه سیاسیون و تصمیم‌گیرندگان است که ابزار آن حمایت‌طلبی است (۲۱). علی‌رغم وجود الزام قانونی، متأسفانه بی‌خبری بیشتر شوراها از قوانین و مقررات بالادستی سبب شده است که به پیوست سلامت در مصوبات و تصمیم‌گیری‌ها توجه جدی نداشته باشند. از سویی، پیگیری نکردن و مطالبه‌گر نبودن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینهٔ مجاب کردن شوراهای عالی مؤثر بر سلامت به لحاظ کردن پیوست سلامت در تصمیم‌گیری‌ها و مصوبات، از چالش‌های اصلی پیش روی شوراهای عالی و نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری کشور است. پژوهش‌های شکوه و همکاران (۲۳) و دماری و همکاران (۲۰) با پژوهش حاضر همسو هستند. سازمان جهانی بهداشت سیاست‌گذاری مسئول برای سلامت عمومی را این‌طور تعریف کرد: «قرار دادن سلامت در دستور کار سیاست‌گذاران تمام بخش‌ها و تمام سطح‌ها، هدایت سیاست‌گذاران به آگاهی از پیامدهای تصمیمات آنان بر روی سلامتی و پذیرش مسئولیت در قبال سلامت» (۲۴). متأسفانه نظام سلامت از ظرفیت قانونی که دارد، برای افزایش آگاهی سیاست‌گذاران و مدیران دیگر بخش‌ها نسبت به مخاطرات تهدیدکنندهٔ سلامتی استفاده نمی‌کند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید به‌طور دائمی با مدیران سایر بخش‌ها و همین‌طور با نمایندگان مردم و افراد بانفوذ جامعه در تعامل باشند تا موضوعات سلامتی را در سیاست‌های بخش‌های گوناگون دولت لحاظ کنند و به بهبود عوامل اجتماعی تعیین‌کنندهٔ سلامت در همهٔ جامعه کمک کنند (۲۵). فرایند غیر کارشناسی در تشکیل شوراهای عالی از چالش‌های دیگر شوراهای عالی در کشور است. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، تعداد دقیق شوراهای عالی در سطح کشور نامشخص است و روند مشخص و متولی شناخته‌شده‌ای دربارهٔ ضرورت تشکیل شوراهای عالی و نظارت بر روند فعالیت آن‌ها وجود ندارد. پوراحمد و همکاران (۲۶) تعداد شوراهای عالی را ۱۰۵ شورا ذکر کرده‌اند. از میان شوراهای موجود، ۳۲ شورای عالی بر اساس قانون اساسی، قوانین مجلس یا فرمان‌ها رهبری و سایرین بر اساس مصوبات هیئت دولت، قوهٔ قضائیه، شورای عالی اداری و شورای عالی انقلاب فرهنگی تشکیل‌شده‌اند. یافته‌های شهروند و حاجی حسینی (۲۷) با پژوهش حاضر همسو است. نبود نظام نظارت، پایش و ارزشیابی مصوبات از چالش‌های عوامل مدیریتی است که شوراهای عالی و وزارت بهداشت با آن مواجه هستند. نظارت و کنترل فعالیت‌ها یکی از وظایف اصلی مدیران در هر دستگاهی است. بدین منظور، دبیرخانهٔ شوراهای عالی که وظیفهٔ نظارت و ارزشیابی مصوبات را بر عهده دارند، قاعدتاً می‌طلبد که این مهم را به‌درستی انجام دهند؛ اما به علت ضعف در همکاری و هماهنگی اعضای شورا، این کار به‌درستی انجام نمی‌شود. از دیگر چالش‌های اصلی که در تعامل شوراهای عالی با نظام سلامت مشکل ایجاد می‌کنند، ضعف وزارت بهداشت در انجام وظایف و نقش‌هایی است که بر عهده دارد، همچنین نبود ساختار مناسب برای همکاری بین بخشی و نیز کم‌توجهی وزارت بهداشت به رویکرد حمایت‌طلبی از شوراهای عالی و دیگر نقش‌آفرینان سایر بخش‌ها است. مطالعهٔ دماری و همکاران (۸)، مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۱۴) و داناهیر (۲۸) با پژوهش حاضر همسو هستند. تعامل و همکاری میان وزارت بهداشت و شوراهای عالی از الزامات اصلی بهبود عادلانهٔ شاخص‌های سلامت در کشور است. بر اساس یافته‌های مطالعه و مطالعات پیشین، نقش و سهم شوراهای عالی مؤثر بر سلامت در بهبود شاخص‌های سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. عوامل فراوانی بر عملکرد این شوراها تأثیر دارند که به‌تفصیل موردبحث قرار گرفتند. کم کردن مشکلات شوراهای عالی و استفاده از راهبرد حمایت‌طلبی، همکاری بین بخشی و دیگر راهبردهای مؤثر و به‌کارگیری تجربیات دیگر کشورها می‌تواند همسو با بهبود و ارتقای سلامت جامعه باشد. بر اساس یافته‌های مطالعه پیشنهاد می‌شود عملکرد شوراهای عالی که تصمیمات آن‌ها بر سلامت جامعه مؤثر است، از طریق مداخلات (سیاستی، عملیاتی، فرهنگ ساری) زیر تقویت گردد:

دستهٔ اول. مداخلات سیاستی: ابلاغ دستورالعمل ارزیابی سلامت به همهٔ دبیرخانهٔ شوراها و کارگروه‌ها و کمیته‌های تخصصی از طریق دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با امضای بالاترین مقام اجرایی کشور، به‌عنوان اولین گام در بهبود عملکرد به‌شمار می‌آید؛ تعیین ضمانت‌های اجرایی مصوبات در قالب یک آیین‌نامه و ابلاغ آن به همهٔ وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های اجرایی؛ الزام همهٔ وزرا و روسای دستگاه‌های اجرایی در سراسر کشور به توجه ویژه به اجرای مصوبات با داشتن پیوست سلامت در چارچوب سند توسعهٔ سلامت کشور و نیز در همهٔ استان‌های محل اجرا. لازم است شورای عالی سلامت و امنیت غذایی سیاست‌گذاری کند و به همهٔ دبیرخانهٔ شوراهای عالی و وزارتخانه‌ها و استانداری‌ها ابلاغ نماید تا از این طریق، حمایت و ضمانت اجرای مصوبات ارزیابی‌شده از نظر سلامت به‌وجود آید؛ اختصاص بودجهٔ کافی و مناسب برای دبیرخانهٔ شوراهای عالی بر اساس نقش‌ها و پروژه‌های تعریف‌شده (لازم است مدیریت برنامه‌وبودجه به‌عنوان رگلاتور، در توزیع بودجهٔ دبیرخانهٔ شوراها توجه ویژه‌ای داشته باشد)؛ برگزاری جلسات هم‌اندیشی و هماهنگی و همایش‌های فصلی و سالیانه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

به‌منظور تقویت همکاری بین بخشی با همکاری شوراهای عالی مؤثر بر سلامت با اولویت تقویت مفاهیم سلامت و مخاطرات تهدیدکنندهٔ آن؛ تهیه و تدوین و ارائهٔ دستورالعمل‌ها و استانداردهای موردنیاز با استفاده از شواهد علمی و یافته‌های بروز دنیا.

دستهٔ دوم. مداخلات ساختار اجرایی: ازجمله مداخلات در این حوزه، باز مهندسی ساختار و تشکیلات شوراهای عالی بر اساس نقش‌ها و وظایفی که بر عهده‌دارند، تصویب چارت و تشکیلات دبیرخانهٔ شوراهای عالی و عوامل زیرمجموعه آن‌ها از طریق سازمان امور اداری، خود مقدمه و ضمانتی برای استقرار نظام پایش و ارزشیابی مصوبات با همکاری وزارت بهداشت و تقویت مدیریت تغییرات است که می‌تواند پیش‌نیاز بهبود عملکرد دبیرخانهٔ شوراهای عالی و طراحی و پیاده‌سازی صحیح و مؤثر ساختار دبیرخانهٔ شوراهای عالی مؤثر بر سلامت باشد.

دستهٔ سوم. فرهنگ‌سازی و حمایت‌طلبی: توجیه و جلب حمایت بیش‌ازپیش اعضای شرکت‌کننده در جلسات شوراهای عالی و کمیته‌ها و کارگروه‌های زیرمجموعهٔ آن‌ها دربارهٔ نقش انسان سالم در توسعهٔ پایدار، تأثیر ارزیابی سلامت در همهٔ مصوبات و تأثیری که بر شاخص‌های سلامت دارند، بسیار کمک‌کننده است. بدین منظور لازم است اعضای شوراهای عالی و کارگروه‌های زیرمجموعهٔ آن‌ها در زمینهٔ نیازهای آموزشی استخراج‌شده در ابعاد ۴ گانهٔ سلامت (سلامت جسم، روان، اجتماع و معنویات) تقویت شوند؛ همچنین ضرورت دارد اعضای دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مهارت‌های همکاری بین بخشی در برخورد با دبیرخانهٔ شوراهای عالی را به‌درستی یاد گرفته و در سه وظیفهٔ رهبری برون بخش، حمایت‌طلبی و میانجی‌گری دانش توانمند باشند. در همهٔ این مسیر، توانمندسازی نگرشی و مهارتی اعضای شوراهای عالی و زیرمجموعهٔ آن‌ها در رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و همکاری بین بخشی، موفقیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تعامل با این شوراها را تضمین می‌کند.

با توجه به نتایج این مطالعه لازم است نظام سلامت و شورای عالی سلامت برای تعامل با شوراهای مؤثر بر سلامت فعالانه‌تر عمل کنند و در تقویت ارتباط با دبیرخانهٔ شوراهای مدنظر، بیشتر از پیش تلاش نماید.

در موضوع اهمیت همکاری و تعامل میان نظام سلامت و شوراهای عالی، باید به این نکته اشاره کنم که عملکرد شوراهای عالی و دیگر سازمان‌های برون بخش در زمینهٔ سلامت، هستهٔ مرکزی نیل به عدالت در سلامت است، به‌ویژه هنگامی‌که بهبود امور به تصمیم‌گیری‌ها و عملکردهای شوراهای عالی و بخش‌های دیگر وابسته باشد. از سویی، سلامت یک موضوع چندوجهی انضباطی است و دستیابی یک جامعه و یا یک ملت به آن نیازمند به‌کارگیری روش‌هایی است که به مشارکت و همکاری جمعی منجر شود. نگاهی به عوامل تعیین‌کنندهٔ سلامت مشخص می‌سازد که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه نیازمند مشارکت همگانی است؛ همچنین بدون حضور دیگر نهادهای تصمیم‌گیر و سازمان‌های اجرایی، اهداف سلامت نمی‌توانند به‌طور کامل محقق گردند. این موضوع را از تعریف سلامت نیز می‌توان به‌سادگی فهمید. هماهنگی بین بخشی بیانگر همکاری میان شوراهای عالی مؤثر بر سلامت و بخش‌های اجرایی و نهادهای مردمی است و از مهم‌ترین راهبردها برای جذب حضور شوراهای عالی و دیگر بخش‌ها، سازمان‌ها و افراد، جلب حمایت و تعامل مؤثر و سازنده است.

وزارت بهداشت که سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت کشور است، باید به‌عنوان مدعی و حامی عمل کند و برای افزایش حساسیت مقامات ارشد نسبت به رفع چالش‌ها و موانع مطرح‌شده و نیز پیامدهای روند موجود و اثر آن بر شیوع و بروز بیماری‌های جسمی و روانی هشدار کافی دهد؛ بنابراین لازم است نقش‌های این وزارتخانه در حیطه‌های مختلف مشخص شود. وزارت بهداشت با شناسایی موانع تعامل که به‌تفصیل موردبحث قرار گرفتند، می‌تواند بر اساس وظایف تعیین‌شده در قوانین بالادستی با استفاده از فنون حمایت‌طلبی و رویکرد همکاری بین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

بخشی، از طریق منابع قدرت بر سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران در سطوح بالاتر تأثیر گذارد و برای رفع موانع و ارائهٔ راه‌کارهای مناسب گام‌های اساسی و اصولی بردارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری با عنوان «نقش و عملکرد شوراهای فرابخشی مؤثر بر سلامت در ایران و تدوین الگوی حمایت‌طلبانهٔ مناسب» است که با حمایت دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انجام شد. از کارشناسان دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و نیز صاحب‌نظرانی که در این مطالعه شرکت داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این مطالعه وجود ندارد.

کد اخلاق: 162432750

References

1. Morone J. An integrative review of social determinants of health assessment and screening tools used in pediatrics. J Pediatr Nurs 2017;37:22-8. doi. 10.1016/j.pedn.2017.08.022
2. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health it time to consider the causes of the causes. Publ Health Rep 2014;129:19-31. doi.10.1177/00333549141291S206
3. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social determinants of health and their related organizations in East Azerbaijan. J Health 2013;3:20-8.
4. Tagliabue G. The EU legislation on GMOs between nonsense and protectionism an ongoing Schumpeterian chain of public choices. GM Crop Food 2017;8:57-73. doi. 10.1080/21645698.2016.1270488
5. Babazadeh T, Nadrian H, Mosaferi M, Allahverdipour H. Identifying challenges and barriers to participating in the source separation of waste program in Tabriz Northwest of Iran a qualitative study from the citizens perspective. Resources2018;7:53. doi. 10.3390/resources7030053
6. Mohammadi F, Keyvanara M, Samouei R. Awareness and attitude of students and professors of medical sciences universities toward social determinants of health design and preliminary psychometrics of a questionnaire. J Edu Health Prom 2020;9:21-7. doi.10.4103/jehp.jehp_776_19
7. Dorry F, Noorshargh J, Shams A. The status and validity of the independence of arbitration condition in iranian law and international commercial arbitration law regarding the uncitra arbitration in education. Iranian J Comp Edu 2020;3:655-70. doi 10.22034/IJCE.2020.229018.1139
8. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Salarianzadeh H. 3 years performances of the provincial health and food security councils in iran the way forward. J Sch Publ Health Ins Res 2012;10:21-8.
9. Vass C, Rigby D, Payne K. The role of qualitative research methods in discrete choice experiments: a systematic review and survey of authors. Med Dec Mak2017;37:298-313. doi.10.1177/0272989X16683934
10. Anwari Z, Shukla M, Maseed BA, Wardak GFM, Sardar S, Matin J, et al. Implementing people-centred health systems governance in 3 provinces and 11 districts of Afghanistan a case study. Confl Health 2015;9:1-16. doi.10.1186/1752-1505-9-2
11. Bagherilankaran K, Khankeh HR, Zarei N, Fararouei M, Saboori Z, Joulaei H. [Toward equity under health system reform; a systematic review]. Shiraz Uni Med Sci J 2017;18:61-6. (Persian) doi.10.5812/semj.57724.
12. Kiani MM, Khanjankhani K, Shirvani M, Ahmadi B. Strengthening the primary health care system in Iran a comprehensive review study. J Sch Publ Health Ins Publ Health Res 2020;18:121-38.
13. Aghamolaei T. Principles of health services. Tehran Andisherafi Publication. 2009;P.84-92.
14. Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran a comparative study. Razi J Med Sci2019;26:10-28.
15. Zaboli R, Sanaeinasab H. The challenges and solutions for action of social determinants of health in iran: a qualitative study. Iranian J Health Edu Health Prom 2014;2:5-16.
16. Tahan HM. Essentials of advocacy in case management client advocacy model and case manager advocacy strategies and competencies. Profe Case Manage2016;21:217-32.
17. Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Health Monit J Iranian Ins Health Sci Res2018;17:631-46.
18. Malekmohammadi HR, Vahdaninia V. The evolution of health policy transition to the governance paradigm for health. Publ Pol2016;2:73-94. doi .10.22059/PPOLICY.2016.59232
19. Tatar M, Mollahaliloglu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernandez C, et al. Turkey Health System Review. Health Syst Transit 2011;13:1-186 doi.10.iris/handle/10665/330325
20. Damari B, Heidari A. [Implementation of integrated management of non communicable disease prevention and control in Iran proposal]. Payesh Health Monit2020;19:7-17.(Persian)
21. Damari B, Vosooghmoghaddam A. Improving approaches of intersectoral collaboration for health by health and food security high council in Iran. J Sch Publ Health Ins Res 2014;11:1-16.
22. Jones B. Determinants of effective collaboration between health care organizations. Lit Rev Veg

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]

East CentHealth2008;24:50-7.
23. Shokouh SMH, Mohammad A, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health a narrative review. Iranian J Publ Health 2017;46:435.
24. World health organization. The Ottawa charter for health promotion 1th ed. Int Con Health Prom Ottawa1986;2: 1-100.
25. Zarei Z, Hessam S, Vahdat S, Oliaeimanesh A. Analysis of the situation and challenges of strategic purchasing in order to achieve universal health coverage in Iran. Qom Uni Med Sci J2020;14:19-30.
26. Pourahmad A, Lotfi S, Omranzadeh B, Mahdi A. The failure of the integrated urban management in Iran: an analysis from the perspective of interactive and legal problems between the state and municipality. Int J Manage Sci2015;2:1-12.
27. Sahranavard B, Hajhosseini R. The Islamic vigilantism: Dimensional changes on international power and Iranian Islamic Republic prophecy. Int J Adv Stud Hum Soc Sci2019;8:332-49. doi. 10.33945/sami/ijashss.2019.4.3
28. Danaher A. Reducing health inequities enablers and barriers to inter sectoral collaboration. Toronto Welles Ins 2011;2:20.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.4.3.1]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.4.28]