

برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟

مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بهزاد دماری: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: bdamari@tums.ac.ir

عباسعلی ناصحی: روانپزشک، دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
عباس وثوق مقدم: استادیار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر، پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸، سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می شود، از دو بعد جسمی و روانی سلامت تاثیر پذیرفته و بر آنها اثر متقابل دارد. کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است. نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی است و نقطه مقابل آن افزایش آسیب های اجتماعی می باشد. در این مقاله با مرور وضعیت سلامت اجتماعی جامعه ایرانی و تحلیل عوامل موثر بر آن، راهبردهای بهبود آرایه و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و بر اساس تعریف اجماع شده در سطح کشور مدل مفهومی سلامت اجتماعی تدوین و مبنای توصیف و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل وضعیت از داده های ثانوی استفاده شد که از طریق مرور تحقیقات و اسناد موجود به دست آمد، هم در مرحله تحلیل و هم برای پیشنهاد مداخلات از روش بحث گروهی متمرکز اعضای کمیته راهبری (حاصل تحلیل ذینفعان) و مرور بهترین شواهد و تجربیات بین المللی استفاده شد.

نتایج: شواهد نشان می دهد که رشد آسیب های اجتماعی طی سال های اخیر به طور متوسط هر سال ۱۵ درصد بوده است، البته به دلیل نبود نظام دیده بانی شاخص های سلامت اجتماعی به طور دقیق نمی توان روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد. مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیب های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی توسط سازمان ها در جریان است اما ناکافی بودن حساسیت مسوولان، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، پوشش و بهره مندی ناکافی گروه های جمعیتی از مداخلات سطح یک پیشگیری، انتخاب نامناسب مداخلات اساسی، تخصیص اغلب منابع موجود به مداخلات سطح سوم پیشگیری (خدمات بعد از آسیب دیدن افراد)، ضعف نظام استقرار عملیات و همکاری بین بخشی در اجرای مداخلات، پراکندگی منابع مالی مرتبط به سلامت اجتماعی و ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویارویی با خطرات در کمین (آسیب های اجتماعی) مانع از تاثیر این اقدامات در بهبود شاخص های سلامت اجتماعی است، به این علل باید تغییرات کلان اقتصادی، سیاسی، بین المللی و فن آوری را هم اضافه کرد.

نتیجه گیری: ارتقای سلامت اجتماعی بدون همکاری بخش های مختلف رخ نمی دهد و بهبود وضعیت فعلی نیز در حیطه وظایف و اختیارات وزارت بهداشت نیست به همین دلیل جهت گیری پیشنهادی (شامل چشم انداز، اهداف راهبردی و مداخلات) برای سلامت اجتماعی قسمتی توسط وزارت بهداشت و قسمت دیگر از طریق جلب حمایت، توسط سایر بخش ها باید انجام شود، برای استقرار این جهت گیری و دستیابی به اهداف آن لازم است برنامه پیشنهادی ابتدا در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب شده و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور بر تفاهم نامه های همکاری بین بخشی در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی نظارت شود.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، عوامل خطر سلامت اجتماعی، آسیب های اجتماعی

مقدمه

لذا به طور قطع برنامه‌ریزی برای «ارتقای سلامت اجتماعی» در ارتقای وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد جامعه موثر خواهد بود. از دیدگاه پزشکی اجتماعی نیز رشد آسیب‌های اجتماعی، بار بیماری‌های روانی و جسمی را افزایش داده و با کاهش کیفیت زندگی و نشاط جامعه موجب افزایش هزینه‌های انتظامی، قضایی و خدمات سلامت می‌شود (ISA 2008). آسیب‌ها و تهدیداتی از قبیل بیکاری، بحران هویت، خودکشی، افزایش جرایم جنسی، روسپیگری، دختران فراری، کودکان خیابانی، فرار مغزها، فقر، شکاف طبقاتی، نابرابری و بی‌عدالتی اجتماعی، فساد مالی و اداری، رشوه و ارتشا، قاچاق انسان، خشونت علیه زنان، طلاق، اعتیاد، تمایز نسلی، مهاجرت روستا به شهر و حاشیه نشینی تعدادی از آسیب‌های اجتماعی را تشکیل می‌دهد که نتیجه نهایی تعامل دو حیطه شامل رفتارهای اجتماعی افراد با عوامل محیطی و اجتماعی پیرامون می‌باشد (CSR 2007).

در نگاهی جامع، سلامت اجتماعی در هر سه حوزه فرد، خانواده و جامعه قابل تعریف است و بهبود آن نیازمند کار بین بخشی و مشارکت مردم است (WHO 2008). تا چند دهه پیش مهمترین دغدغه‌های نظام‌های سلامت، با تکیه بر مدل‌های زیستی، بیشتر بر ابعاد جسمی و روانی سلامت متمرکز بوده است اما امروزه این نظام‌ها نمی‌توانند اهمیت مقوله سلامت اجتماعی و شاخص‌های مرتبط به آن را نادیده بگیرند. در طول دو دهه گذشته نیز تحقیقات بعد «سلامت اجتماعی» گسترش یافته به طوری که اهمیت و جایگاه مداخلات مرتبط به آن را در نظام‌های سلامت متذکر می‌شود. در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت اجتماعی برای نظام‌های سلامت در درجه اول به دلیل «پاسخگویی اجتماعی» است (World Bank 2005) و در مرتبه بعدی به عنوان یک عامل خطر (آسیب‌های اجتماعی) و یا عامل حفاظتی (بروز رفتارهای اجتماعی سالم و محیط افزایش سرمایه اجتماعی) موثر در افزایش بار بیماری‌ها و یا کاهش آن است (Vameghi et al. 2008).

سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روز به روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می‌شود. چنانکه تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت نیز به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اخیراً معنوی بسط یافته است. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند (شکل شماره یک) به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد (WHO 1948).

کمیت و کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است و نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی‌عدالتی است که نقطه مقابل آن افزایش آسیب‌های اجتماعی است (Damari et al. 2010).

جامعه‌شناسان سرمایه اجتماعی را به عنوان یک شاخص ترکیبی و نشانگر سلامت اجتماعی معرفی می‌کنند و عوامل کاهش سرمایه اجتماعی را مسبب ایجاد آسیب‌های اجتماعی می‌دانند. مطالعات نشان می‌دهد با افزایش سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از ارزشمندترین محصولات و نشانگرهای سلامت اجتماعی یک جامعه، می‌توان به اثرات زیر دست یافت (Morgan and Swann 2004):

۱. رشد بهره‌وری از مداخلات سلامت
۲. کاهش نرخ مرگ نوزادان و کاهش میزان مرگ ناشی از علل اختصاصی
۳. افزایش طول عمر و در نهایت امید به زندگی
۴. ارتقای شاخص توسعه انسانی جوامع
۵. دسترسی بهتر به آموزش و اطلاعات سلامت
۶. طراحی بهینه سیستم‌های حمایتی و مراقبتی از بیماران
۷. اثر بخشی بالای برنامه‌های پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی
۸. تسهیل و پایدار نمودن هنجارها و باورهای صحیح فرهنگی تعیین‌کننده سلامت

دستگاه‌ها و براساس نظر عضو کمیته راهبری که نماینده معرفی شده از سازمان متبوع بود جمع آوری شد.

علل موثر بر وضعیت فعلی سلامت اجتماعی هم از مرور منابع و هم از دیدگاه ذی نفعان در کمیته راهبری به دست آمد که در مدل تحلیل مثلثی دسته بندی شد. این مدل علل ریشه-ای موثر بر یک پیشامد را در علل سیاستی- قانونی، ساختاری- عملیاتی و فرهنگی- رفتاری قرار می‌دهد. برای پیشنهاد مداخلات و شیوه استقرار از روش بحث گروهی متمرکز اعضای کمیته راهبری استفاده شد. در مجموع طی سه نشست نیم روزه با روش بحث گروهی متمرکز و بر اساس پیش نویس‌های تهیه شده وضع موجود، نقاط تمرکز اصلی در سلامت اجتماعی، علل موثر در وضعیت فعلی و راهبردهای آینده بررسی و نهایی شد. نتایج این مطالعه در سه بخش زیر تدوین شد که خلاصه ای از آن در بخش نتایج آمده است و گزارش کامل آن برای مجامع تصمیم گیر ارسال شده است.

۱- بخش شناخت: شامل داده‌های مرتبط به وضعیت آسیب-های اجتماعی، رفتارهای موثر بر بروز و شیوع آسیب‌های اجتماعی، مداخلات گذشته و کنونی دستگاه‌ها برای سلامت اجتماعی، مرور اسناد بالادستی (به عنوان حمایت‌های کنونی)، علل موثر بر وضعیت فعلی و در نهایت تعیین نقاط تمرکزی که باید در جهت گیری آینده مد نظر قرار گیرد.

۲- بخش جهت گیری: شامل چشم انداز وزارت بهداشت برای مداخلات در زمینه سلامت اجتماعی، اهداف راهبردی و مداخلات سال‌های آینده

۳- بخش استقرار جهت گیری: شامل روش‌های اجرای مداخلات و الزامات لازم برای آن

نتایج

آنچه در این مطالعه به عنوان الگوی مفهومی مورد توافق ذی نفعان قرار گرفته است به شرح شکل شماره ۲ است:

در این مقاله با مرور وضعیت سلامت اجتماعی جامعه ایرانی و تحلیل عوامل موثر بر آن، راهبردهای بهبود ارابه شده و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد شده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی و تحلیلی است. بر اساس تعریف اجماع شده در سطح کشور که در اولین همایش سلامت اجتماعی کشور ارابه شد الگوی مفهومی سلامت اجتماعی تدوین و مبنای توصیف و تحلیل در این مطالعه قرار گرفت (Damari et al. 2010). با تحلیل ذی نفعان داخل کشور، گروهی متشکل از خبرگان و ذی نفعان با عنوان کمیته راهبری تشکیل شد. در تحلیل ذی نفعان و انتخاب آنها دو معیار مد نظر بود: وظیفه قانونی و میزان تاثیر ذی نفع بر ارتقای سلامت اجتماعی. در مجموع ذی نفعان (چهارگوش یک) تعیین شده و با صدور احکام عضویت در کمیته راهبری فنی توسط معاون بهداشت وزیر شروع به کار کردند.

برای توصیف وضعیت از داده‌های ثانوی منتشر شده استفاده شد که از طریق مرور تحقیقات و اسناد موجود به دست آمد. از جمله مهمترین این اسناد، گزارش‌های انجمن جامعه‌شناسی ایران، مقالات اولین همایش سلامت اجتماعی، مطالعات سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در شهرداری تهران و پیمایش‌های ملی بود. دو پیمایش ملی مرتبط، مطالعه منوچهر محسنی در سال ۱۳۷۹ با عنوان پیمایش باورها و ارزش‌های ایرانیان (PCCI 2003) و همچنین مطالعه شورای فرهنگ عمومی کشور با عنوان بررسی و سنجش شاخص‌های فرهنگ عمومی کشور در سال ۱۳۹۰ بود (PCCI 2011). سایر اسناد رسمی مجموعه مصوبات شورای اجتماعی کشور، برنامه‌های راهبردی آسیب‌های اجتماعی مرتبط به سازمان بهزیستی کشور، نظام نامه اداره سلامت اجتماعی و قانون برنامه پنج ساله توسعه کشور بود. اقدامات و مداخلات گذشته سلامت اجتماعی به تفکیک

مطابق این الگو «عوامل محیطی و اجتماعی مشوق» در کنار «رفتارهای اجتماعی سالم» موجب ارتقای سلامت اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی (یا مسائل اجتماعی) خواهد شد.

شواهد مورد بررسی در این مطالعه نشان می‌دهد که رشد آسیب‌های اجتماعی طی سال‌های اخیر به طور متوسط هر سال ۱۵ درصد است، البته به دلیل نبود نظام دیده بانی شاخص‌های سلامت اجتماعی به طور قطع نمی‌توان روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد اما مستندات موجود نشان می‌دهد علی‌رغم اقدامات و مداخلات گوناگون در این زمینه شاهد کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش آسیب‌های اجتماعی چون اعتیاد، طلاق، ترک تحصیل، مهاجرت متخصصان، جرم‌ها، انواع خشونت و رفتارهای آسیب‌زننده به محیط زیست هستیم (CSR 2007).

مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی توسط سازمان‌ها در جریان است (جدول شماره ۱ و ۲) اما از دیدگاه اعضای کمیته راهبری خصوصیات زیر مانع از تاثیر این اقدامات در بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی است:

- نبود تعریفی مشخص و اجماع شده از سلامت اجتماعی
- ناکافی بودن حساسیت مسوولان
- ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی و مشخص نبودن هزینه اثربخشی این اقدامات (از جمله نبود یا پراکندگی زیاد نظام پایش و رصد دوره‌ای شاخص‌ها)
- پوشش و بهره‌مندی ناکافی مردم از مداخلات سطح یک پیشگیری و انتخاب نامناسب و یا عدم انتخاب مداخلات اساسی و ریشه‌ای
- تاکید بر مداخلات سطح سوم پیشگیری (خدمات بعد از آسیب دیدن افراد) و برنامه‌های ضعیف در سطح یک پیشگیری و کمبود جدی برنامه در

سطح پیشگیری دوم (شناسایی افراد در معرض خطر)، درچنین شرایط بار کاری سازمان‌های متولی سطح دوم و سوم از جمله وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، کمیته امداد (ره) و شهرداری زیاد می‌شود.

- ضعف نظام استقرار عملیات و مشخص نبودن اثر منابع هزینه شده (ضعف پایش و ارزشیابی)
- ضعف در همکاری و هماهنگی بین بخشی برای اجرای مداخلات
- پراکنده بودن منابع مالی مرتبط به سلامت اجتماعی (از جمله صرف بودجه فرهنگی ناهمسو با رفتارهای اجتماعی سالم)
- مشخص نبودن نقش مشارکت مردم در سلامت اجتماعی
- ناکافی بودن حساسیت مردم نسبت به خطرات در کمین در زمینه آسیب‌های اجتماعی و انگیزه کم برای ارتقای سواد در این زمینه

از دیدگاه جامعه‌شناسان علل ریشه‌ای اغلب آسیب‌های اجتماعی به روابط ضعیف شده بین نسلی، کمبود یا احساس کمبود عدالت، امنیت و آزادی از طرف شهروندان، تحریم‌های بین‌المللی، کاهش هویت و تعلق خاطر ملی، تعارض سنت و مدرنیته، فقر و مسائل اقتصادی، مهاجرت، بیماری‌های روانی، معنویت کم، کاهش سرمایه اجتماعی، نابسامانی خانوادگی و سواد و مهارت‌های اجتماعی مرتبط است (ISA 2008).

اسناد بالادستی از جمله قانون اساسی کشور (اصل دوم، سوم، بیست و نهم و چهل و سوم و پنجاه و ششم)، سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، آموزه‌های اصیل دینی در زمینه رفتارهای اجتماعی مطلوب، برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور، وجود ساختارهای هماهنگی بین بخشی (شورای اجتماعی کشور، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ستاد مبارزه با مواد مخدر) همگی به عنوان فرصت برای ارتقای سلامت اجتماعی هستند و از این حیث به اندازه کافی از اقدامات عملیاتی حمایت می‌کنند.

- هدف ۱: ساختارهای هماهنگ، سهم و نقش دستگاه‌ها برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی و ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی نهادینه شده است.
 - هدف ۲: «پیوست سلامت اجتماعی» در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها کلان کشور نهادینه شده است.
 - هدف ۳: بروز رفتارهای سالم اجتماعی در گروه‌های مختلف جامعه افزایش یافته است.
 - هدف ۴: مشارکت میانجیان مردم در حوزه سلامت اجتماعی نهادینه شده است.
 - هدف ۵: روند نقصان سرمایه اجتماعی کند شده و آسیب‌های اجتماعی کاهش یابد.
- ایجاد ساختارها و روال‌های قانونی و شفاف در جامعه، عمومیت پیدا کردن موضوع مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی در سطح جامعه، داشتن ردیف‌های بودجه معین و وجود نیروی انسانی تربیت شده و توانمند برای فرآیندهای مورد نظر شاخصه‌های نهادینه شدن در اهداف فوق است.
- برای دستیابی به چشم انداز و اهداف راهبردی تعیین شده، مداخلاتی از طرف وزارت بهداشت در حیطه‌های چهارگانه باید انجام شود که در جدول ۳ آمده است. مهمترین الزام اولیه برای استقرار این مداخلات تصویب ساختار اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت و تخصیص ردیف بودجه مشخص برای سلامت اجتماعی در وزارت متبوع است. با توجه به وضعیت تغییرات مدیریتی و سیاسی کشور در دوره‌های متوالی، اجرای برنامه در چهار مرحله پیش بینی شده است:
- سال اول به عنوان مرحله آماده سازی استقرار: اطلاع رسانی به ذی نفعان، جلب حمایت برای تصویب و جذب منابع مالی، تصویب سند و آموزش ستاد اداره سلامت اجتماعی
 - سال دوم به عنوان مرحله بسترسازی مداخلات: پروژه-های مطالعاتی کاربردی از جمله تدوین بسته‌های خدمتی، پیمایش‌های کشوری مرتبط برای سنجش شاخص‌های پایه، بازبینی پروتکل‌ها و ایجاد شرایط ادغام در برنامه‌های جاری (تا حد امکان)، استقرار

علل فوق نشان می‌دهد که تامین و ارتقای سلامت اجتماعی جامعه به عنوان یکی از ابعاد سلامت وظیفه‌ای است که از عهده یک بخش بر نیامده و لازم است بین بخش‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی تقسیم کار شده و با مشارکت همه خبرگان و رشته‌های دانشگاهی و حوزوی مرتبط مداخلات موثر و مبتنی بر شواهد طراحی کرد، به ویژه در شرایطی که روند توسعه کشور ما سریع است. در این میان وزارت بهداشت که سیاست گذار و ناظر عالی سلامت کشور است، باید به عنوان مدعی و حامی عمل کرده و برای افزایش حساسیت مقامات ارشد نسبت به پیامدهای روند موجود و اثر آن بر شیوع و بروز بیماری‌های جسمی و روانی هشدار کافی دهد. بنابراین لازم است نقش‌های این وزارت خانه در چهار حیطه زیر مشخص شود: تولید دانش، جلب حمایت همه جانبه، رهبری و هماهنگی تغییر و خدمات ویژه. بر اساس این تحلیل چشم انداز وزارت بهداشت در این ارتباط به شرح زیر است: «وزارت بهداشت تا سال ۱۳۹۴ با تولید دانش کافی در زمینه سلامت اجتماعی و تأثیرات آن در کاهش بار بیماری‌های روانی و جسمی خواهد توانست رفتارهای اجتماعی موثر بر سلامت جسم و روان را ترویج کرده و حمایت طلبی‌های لازم را برای ایجاد ساختارها و ظرفیت‌های ارتقاء دهنده سلامت اجتماعی در سایر بخش‌ها (با هدف ایجاد محیط مناسب برای بروز رفتارهای سالم اجتماعی) فراهم آورد، به این ترتیب بعنوان یکی از ذینفعان و هماهنگ کنندگان اصلی در زمینه تدوین سیاست، پیشنهاد لوایح قانونی و دیده بانی سلامت اجتماعی شناخته شده و مقدمات کاهش روند نزولی آسیب‌های اجتماعی و روند ارتقایی شاخص سرمایه اجتماعی را سبب شده تا در افق ۱۴۰۴ به رتبه برتری در منطقه دست یابد»

در همین راستا لازم است ۵ هدف راهبردی زیر را دنبال کند:

بخش دیگر) منجر به تغییر شاخص‌های سطح اثر (Impact) نشده است.

بر اساس متون علمی و تجربیات کشورها در زمینه نقش تولیتی بخش سلامت برای بهبود عوامل اجتماعی (Axelsson and Bihari 2006) سه وظیفه «تولید شواهد، جلب حمایت و رهبری تغییرات» در زمینه سلامت اجتماعی وظیفه اصلی وزارت بهداشت است و می‌بایست به جای ورود به حوزه عملکرد دستگاه‌های متولی از جمله وزارت کشور، سازمان بهزیستی و کمیته امداد، وظایف فوق را به انجام برساند، با توجه به اینکه در بهبود شاخص‌های اجتماعی اثر هم افزایی برنامه‌ها و خروجی‌های دستگاه‌ها مطرح است، بدون تعیین دقیق تکالیف و تقسیم کار مداخلات لازم الزاماً عملکرد دستگاه‌ها هزینه اثر بخش نخواهد بود. ضرورت دارد هر یک از سازمان‌های متولی در حوزه سلامت اجتماعی وظایف و تکالیف خود را ذیل یک شورای هماهنگی ترجیحاً شورای اجتماعی کشور و یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تعیین کنند. این اقدام در اولین سال اجرای برنامه عملی خواهد بود تا فرآیند مذاکره برای انعقاد تفاهم نامه آغاز گردد. واقعیت آن است که فرآیند شکل‌گیری سامانه هماهنگ ارتقای سلامت اجتماعی در کشور و مقبولیت ورود وزارت بهداشت در این زمینه از حیث تفاهم بر سر واژگان، تشکیل نظام رصد، تقسیم کار و پاسخگویی، همه و همه نیازمند زمان است و در این مورد لازم است وزارت بهداشت وظایف سه گانه خود در این ارتباط را انجام دهد.

پیشنهاد:

برای استقرار جهت‌گیری مندرج در این مطالعه و دستیابی به اهداف آن لازم است برنامه پیشنهادی ابتدا در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت مصوب شده و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای اجتماعی کشور بر اجرای تفاهم نامه‌های همکاری بین بخشی در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی نظارت شود.

نظام‌های پایش مستمر، ساختارهای متناظر، آموزش‌های استانی و شهرستانی، جلب حمایت‌ها برای تامین منابع انسانی و مالی در سطح محیطی و جلب حمایت هیات امناء

- سال سوم و چهارم به عنوان مرحله مداخله: اجرای هماهنگ کلیه مداخلات در کشور برای دو سال متوالی و پایش آن از طریق شورای اجتماعی کشور یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- سال پنجم به عنوان مرحله ارزشیابی و اصلاح برنامه: ارزشیابی مداخلات و انجام پیمایش‌های کشوری و تصمیم برای برنامه بعدی

بحث

از نظر آمار بررسی شده و دیدگاه‌های خبرگان در این مطالعه بروز آسیب‌های اجتماعی (مسائل اجتماعی) به عنوان نتایج منفی از بعد سلامت اجتماعی محسوب شده و علی‌رغم مداخلات مختلف سازمان‌ها در دو دهه گذشته در انواع آسیب‌ها رو به فزونی بوده است و این مداخلات به تنهایی نتوانسته است وضعیت موجود را بهبود دهد، البته به دلیل روند سریع توسعه کشور در دو دهه اخیر جامعه شناسان معتقدند این شرایط عارضه جانبی این رشد سریع و نامتوازن است.

جهت‌گیری‌های ارایه شده در این مطالعه که در قالب سند سلامت اجتماعی وزارت بهداشت تدوین شده است، برخلاف اسناد قبلی مرتبط در سطح کشور که آسیب محور بوده است، رویکرد سلامت محور دارد و بر رفع ریشه‌ها تاکید دارد. با اینکه سازمان‌های مختلفی در کشور برای مقوله سلامت اجتماعی تلاش کرده و مداخلاتی به اجرا گذاشته‌اند اما بر اساس مدل هم افزایی (Wikipedia 2001) این تلاش‌ها به دلیل ضعف در تقسیم کار بین سازمانی و مداخلات غیر همسو و غیر هماهنگ (خشتی کردن تلاش‌های یک بخش توسط مداخلات غیر علمی یک

تشکر و قدردانی

(گروه مولفه‌های اجتماعی سلامت) در دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است، به این وسیله از سرکار خانم سهیلا امیندیا رئیس اداره سلامت اجتماعی و دکتر علی نیک فرجام معاون دفتر تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

این مطالعه بر اساس سفارش و حمایت مالی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

جدول ۱- فهرست مداخلات کنونی مرتبط به ارتقای سلامت اجتماعی به تفکیک دستگاه‌ها از دیدگاه نمایندگان شرکت کننده

در این مطالعه

| سازمان‌ها | مداخلات مستقیم |
|--|--|
| سازمان بهزیستی | راه اندازی ۴۰۰ پایگاه سلامت اجتماعی در کشور، پایگاه‌های پیشگیری از طلاق، مراکز اورژانس اجتماعی کشور که بخصوص در مورد کودک آزاری، طلاق و خشونت حضور فعال دارد، بسته‌های حمایت‌های اجتماعی از زنان سرپرست خانوار و بد سرپرست و بی سرپرست، وجود رساله دکتری بنام تعیین شاخص‌های سلامت اجتماعی و پیشنهاد تدوین برنامه ماتریسی و تقسیم وظایف هر سازمان، ۱۸ استان سند آسیب‌های اجتماعی دارد که در شورای اداری استان قرار است مطرح شود |
| کمیته امداد خمینی (ره) | معاونت توسعه مشارکت‌های مردمی در ساختار، معاونت اشتغال و خودکفایی، معاونت حمایت و سلامت خانواده، طرح تکریم مردم و جلب رضایت ارباب رجوع در نظام اداری، طرح مفتاح الجنبه (بازدید از منازل مددجویان و دلجوئی از آنان)، واگذاری سهام عدالت، پرداخت یارانه‌ی غیر نقدی، طرح مددجویی، طرح شهید رجایی (خانواده‌ی سالمندان)، طرح حمایت از خانواده‌ی زندانیان، طرح بیمه‌ی درمان نیازمندان مبتنی بر پزشک خانواده، خدمات فرهنگی و آموزشی، خدمات مسکن و ساختمان، خدمات اشتغال و خودکفایی، حمایت از گروه‌های خاص (سالمندان، زنان، کودکان، معلولان، جوانان و نوجوانان) طرح‌های حمایتی خاص (طرح اطعام و افطاریه‌ی محرومین، معافیت از سربازی فرزندان مددجویان، طرح کمک به عمران مناطق ویژه، پرداخت وام قرض-الحسنه، حمایت از محرومان خارج از کشور |
| نیروی انتظامی | واحد مشاوره در کلانتری‌ها، پلیس مبارزه با مواد مخدر، پلیس پیشگیری، معاونت اجتماعی (پلیس مشاوره و مددکار، اداره کل مطالعات و تحقیقات اجتماعی، کنگره‌ی بین‌المللی کشف و آنالیز مواد مخدر |
| شهرداری‌ها | نگاه اجتماعی شهرداری در دوره اخیر که در کلیه واحدهای تابعه به صورت نگرش در حال رشد است، دستورالعمل طرح اجرایی ساماندهی آسیب دیدگان اجتماعی در مناطق شهر تهران، معاونت توسعه خدمات اجتماعی (افراد بی خانمان یا کارتن خواب‌ها، متکدیان، معتادین خیابانی پرخطر، کودکان خیابانی، خانواده‌های بی سرپناه)، برنامه سازمان رفاه و خدمات اجتماعی در سال ۱۳۸۹ به تفکیک ستاد و مناطق - فروردین ۱۳۸۹، طرح و دستورالعمل اجرایی مداخله در فوریت‌های اجتماعی شهر تهران |
| قوه قضائیه و دیوان عالی کشور، وزارت دادگستری | معاونت پیشگیری، حمایت از بزه دیدگان، مرجع ملی حقوق کودک، مرجع ملی مبارزه با فساد، قانون مسئولیت مدنی، قانون مدنی، قانون اجرای احکام مدنی، قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب (در امور مدنی)، پایگاه‌های پیشگیری از طلاق (با کمک قوه قضائیه و بهزیستی راه اندازی شده و درخواست طلاق از این مسیر عبور می‌کند) |
| وزارت کشور | شورای اجتماعی کشور و کمیسیون‌های تخصصی، شوراهای اسلامی شهر و روستا و شهرداری‌ها |
| وزارت فرهنگ و | معاونت امور فرهنگی معاونت امور سینمایی و سمعی بصری، معاونت امور مطبوعاتی و اطلاع رسانی، مرکز توسعه |

| | |
|--|--|
| ارشاد اسلامی | فناوری اطلاعات و رسانه‌های دیجیتال، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، ستاد عالی کانون‌های فرهنگی، هنری مساجد، سازمان چاپ و انتشارات، نهاد کتابخانه‌های عمومی کشور |
| سازمان تبلیغات اسلامی | موسسه فرهنگی و اطلاع رسانی تبیان، انتشارات امیرکبیر، معاونت امور فرهنگی و تبلیغ، معاونت پژوهشی و آموزشی |
| صدا و سیما | مرکز تحقیقات صدا سیما جمهوری اسلامی ایران (برگزاری نشست‌های سبک زندگی، اندیشه‌های راهبردی در حوزه زن و خانواده) معاونت آموزش و پژوهش، همایش امنیت پایدار |
| سازمان تعزیرات حکومتی | دفتر مبارزه با قاچاق کالا و ارز، رسیدگی به تخلفات صنفی موضوع قانون نظام صنفی، رسیدگی به تخلفات بخش مسکن، رسیدگی به تخلفات بهداشتی، دارویی و درمانی، رسیدگی به جرائم قاچاق کالا و ارز، رسیدگی به تخلفات بخش دولتی مانند حامل‌های انرژی، سیما، کارخانه‌ها، شورای تحول اداری، کارگروه‌های همت مضاعف و کارمضاعف، کارگروه هدفمندسازی یارانه‌ها، کارگروه اطلاع رسانی، کارگروه ارتقاء سلامت اداری |
| سازمان زندان‌ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور | معاونت اصلاح و تربیت، انجمن حمایت از زندانیان، ستاد حقوق بشر، شورای روان درمانی، امور زنان (بسیج زنان)، ستاد پیشگیری و کاهش آسیب رفتارهای پرخطر در زندان‌های کشور (با هدف ارتقای سلامت اجتماعی مددجویان در حین و بعد از خروج از زندان‌ها و موسسات کیفری)، برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی خانواده زندانیان و فرزندان آنها |
| سازمان بازرسی کشور | مدیریت سنجش سلامت اداری در ساختار سازمانی، دفتر نظارت، ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات، معاونت نظارت و بازرسی امور سیاسی قضایی، امور فرهنگی و اجتماعی، امور اقتصادی، امور زیربنایی، مقررات اداری و استخدامی سازمان بازرسی کل کشور |
| وزارت آموزش و پرورش | کتاب‌های درسی، معاونت پرورشی و تربیت بدنی (مراکز مشاوره تحصیلی)، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشگاه مطالعات، سازمان نهضت سواد آموزی |
| وزارت بهداشت | راه اندازی اداره سلامت اجتماعی، داشتن اداره اعتیاد، اداره سلامت روان، راه اندازی دبیرخانه مولفه‌های اجتماعی سلامت، تدوین برنامه ترویج رفتارهای سالم اجتماعی، تدوین مدل ژنریک مداخلات سلامت اجتماعی و اجرای آزمایشی آن، تدوین ابزار سنجش سلامت اجتماعی |

جدول ۲- فهرستی از مهمترین مصوبات شورای اجتماعی کشور در پنج سال منتهی به زمان مطالعه (۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۰)

۱. تصویب آیین نامه داخلی شورا در ۸ ماده و ۳ تبصره و تصویب چهار کارگروه تخصصی شامل کارگروه آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، کارگروه مشارکت‌های اجتماعی، کارگروه آینده نگری و کارگروه مناسبات و پدیده‌های اجتماعی (البته در جلسات بعدی به سه کارگروه تغییر پیدا کرد: کارگروه پدیده‌ها آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی، کارگروه آینده پژوهی اجتماعی، کارگروه توسعه و سلامت اجتماعی)
۲. تصویب تهیه ۲۰ سند سیاست تحت عنوان «هویت قومی و رابطه‌ی آن با هویت ملی- جامعه‌ای» به منظور دستیابی به ادبیات استراتژی قومی ایران و تبدیل زبان تحقیق به زبان سیاست‌گذاری و کاربردی
۳. تصویب طرح‌های ساماندهی کودکان خیابانی، کلیات طرح صیانت از سلامت جنسی جامعه، طرح پیشگیری و کنترل بیماری‌های ایدز در کشور، طرح پیشگیری و درمان خودکشی در کشور، طرح ساماندهی و تامین سلامت اجتماعی دریاها، تصویب طرح آموزش مهارت‌های زندگی، کلیات طرح آموزش پیش از ازدواج، طرح تشکیل خانه‌های امن برای زنان خشونت دیده، برگزاری جشنواره فرهنگ ایران زمین
۴. تصویب تاسیس سازمان رسمی مرکز آمار جرایم، آسیب‌ها و ناهنجاری‌های کشور
۵. تصویب ۲۵ تعریف مفهومی از جرایم، آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی (به منظور یکسان سازی عبارات و مفاهیم اجتماعی)
۶. تصویب تشکیل ستاد توانمندسازی سازمان‌های غیردولتی و آموزش و استفاده از تجارب سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی فعال و انتقال این تجارت به سایر سازمان‌های غیردولتی
۷. تصویب طرح چگونگی برگزاری مراسم چهارشنبه سوری و سایر اعیاد ملی و مذهبی
۸. تصویب طرح تدوین سند سیاست اجتماعی کشور
۹. تصویب و پیشنهاد چهار راهبرد کلی جهت درج و لحاظ نمودن در برنامه چهارم توسعه کشور
۱۰. تصویب طرح الک (فیلتر گذاری اختیاری اینترنت توسط خانواده‌ها)
۱۱. تصویب عضویت وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی و رئیس جمعیت هلال احمر کشور در شورای اجتماعی کشور
۱۲. تصویب طرح کاربرد اجتماعی سینمای فرهنگی
۱۳. تصویب انتشار نتایج تحقیق خشونت خانگی علیه زنان
۱۴. بررسی موضوع وفاق اجتماعی و انسجام نخبگان از طریق طرح نتایج مطالعه ملی در شورای اجتماعی
۱۵. بررسی تحولات اجتماعی و اقتصادی منطقه عسلویه
۱۶. بررسی نحوه ساماندهی حجاب و تصویب وظایف محوله در طرح مدیریت عفاف و حجاب توسط نیروی انتظامی با رویکرد فرهنگی و ارشادی و ارائه گزارش در جلسات بعدی شورای اجتماعی کشور
۱۷. تصویب و مطالعه طرح مصوب مواد محرک و داروهای اکستازی در میان جوانان
۱۸. بررسی نیازهای نابینایان کشور به فن آوری‌های جدید (سیستم برجسته نگار نابینایان)
۱۹. تصویب کلیات طرح واگذاری وظایف سازمان بهزیستی در بخش خدمات عمومی به شوراها و شهرداری‌ها و ارجاع به کارگروه-های تخصصی برای بررسی عمیق تر
۲۰. تصویب و تدوین طرح اطلس اجتماعی استان‌ها توسط دفتر امور اجتماعی وزارت کشور
۲۱. تصویب ارائه طرح جامع مدیریت مناطق حاشیه‌ای با همکاری و مدیریت جانشین محترم وزیر کشور و معاونت امنیتی - انتظامی
۲۲. ارجاع موضوع تحولات اجتماعی در عرصه انتخابات به کارگروه توسعه و سلامت اجتماعی
۲۳. ارائه طرح تاسیس کرسی مطالعات تطبیقی سلامت اجتماعی به اعضای شورای اجتماعی بعد از اظهار نظر
۲۴. ارائه طرح ساماندهی تعطیلات رسمی کشور

بر اساس ابلاغیه نهاد ریاست جمهوری در مهرماه ۱۳۹۰ کارگروه‌های تخصصی استانداری به هفت مورد تقلیل یافته که یکی از آنها کارگروه تخصصی «اجتماعی فرهنگی و خانواده» است که دو کارگروه تخصصی خانواده و بانوان نیز در آن تلفیق شده است. این کارگروه به ریاست معاون سیاسی و امنیتی با شرکت مدیرکل دفتر امور اجتماعی استانداری، نماینده معاونت برنامه‌ریزی استانداری، مدیرکل دفتر امور بانوان و خانواده استانداری، دادستان مرکز استان، مدیرکل آموزش و پرورش، اداره کل بهزیستی، فرمانده نیروی انتظامی استان، مدیر حوزه هنری سازمان تبلیغات اسلامی، اداره کل ورزش و جوانان، مدیرکل اوقاف و تمور خیریه، اداره کل ثبت احوال، فرمانده بسیج استان، کمیته امداد امام خمینی (ره)، رئیس بنیاد شهید و امور ایثارگران، مدیرکل فرهنگ و ارشاد اسلامی، مدیرکل سازمان زندان‌ها، اقدامات تأمینی و تربیتی، مدیرکل اطلاعات استان، مدیرکل صدا و سیما تشکیل می‌شود.

بر اساس نامه شماره ۸/۳۵۸۳۵ مورخ ۹۰/۳/۱۰ قائم مقام وزیر کشور در امور اجتماعی و فرهنگی طرح تحول اجتماعی در دست تدوین است و به تدریج بخش‌های مختلف آن ابلاغ خواهد شد. در این طرح هدف بهبود شاخص‌های فرهنگی و اجتماعی است منجمله کاهش طلاق، اعتیاد، بدپوششی و ناهنجاری‌های اخلاقی، کاهش فرقه‌گرایی و روی آوردن به عرفان‌های کاذب از یک سو و افزایش نشاط، امید و رضایت عمومی، افزایش مشارکت‌های اجتماعی، افزایش انضباط اجتماعی و قانون‌گرایی، افزایش فرهنگ روزی حلال برخی از طرح‌های مصوب ارسالی عبارت است از طرح پیک مهر (ارتقای فرهنگ کتابخوانی در فرصت‌های در انتظار)، شبکه ملی تبلیغی مدارس (حمایت از اعزام گروه‌های تبلیغی طلاب به مدارس)، احیای مکتب خانه‌های قرآنی (هر محله یک خانه قرآن برای پرورش کودکان).

جدول ۳- مداخلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای افزایش سلامت اجتماعی در سال های آتی

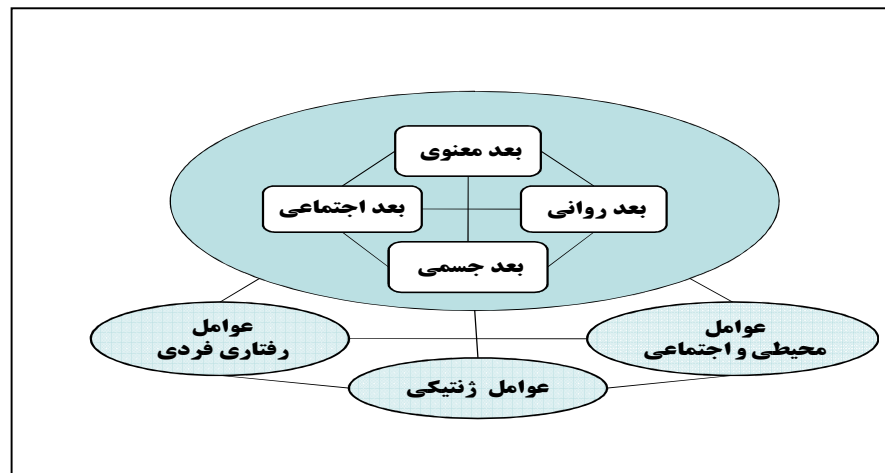
| مداخلات | نوع مداخله |
|--|-------------|
| ۱. مطالعات پایه در زمینه عوامل تاثیر گذار بر شاخص های سلامت اجتماعی در کشور و مکانیسم اثر آنها | تولید آگاهی |
| ۲. تعیین و اجرای اولویت های پژوهشی سلامت اجتماعی (به ویژه ارتباط رفتارهای سالم اجتماعی و آسیب های اجتماعی با بار بیماری های جسمی و روانی) | |
| ۳. طراحی و استقرار نظام دیده بانی شاخص های سلامت اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی و سلامت معنوی با مشارکت ذینفعان (طراحی پیمایش های دوره ای) | |
| ۴. مطالعه در زمینه بهترین مداخلات و تجربیات برای مدیریت آسیب های اجتماعی در سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم و نگاشت نهادی | |
| ۵. مطالعه برای تدوین قانون جامع ارتقای سلامت اجتماعی و تدوین و انتشار گزارش های تحلیلی دوره ای از شاخص های سلامت اجتماعی | |
| ۶. ارتقاء سطح دانش و نگرش سیاستگذاران و قانون گذاران در زمینه سلامت اجتماعی | جلب حمایت |
| ۷. تدوین شیوه نامه ارزیابی اثرات سیاست ها و برنامه های بر سلامت اجتماعی (SIA) برای گنجاندن در آئین نامه اجرایی پیوست سلامت | |
| ۸. پیشنهاد، جلب حمایت و مشارکت در راه اندازی اتاق کنترل آسیب های اجتماعی در وزارت کشور | |
| ۹. پیشنهاد، جلب حمایت و مشارکت در تدوین سند جامع آسیب های اجتماعی، ارتقای سرمایه اجتماعی و ارتقای امنیت در افق ۱۴۰۴ | حمایت علمی |
| ۱۰. برگزاری همایش سالانه سلامت اجتماعی برای پایش وضعیت شاخص و مرور راهکارهای و تجربیات موثر | |
| ۱۱. جلب حمایت و آموزش استانداردهای برای تدوین سند سلامت اجتماعی استان (با مشارکت همه بخش ها) | تولید آگاهی |
| ۱۲. مشارکت فعال در شورای اجتماعی کشور و کمیسیون های زیر مجموعه آن (داشتن مستندات مستدل برای طرح موضوع در کمیسیون ها) | |
| ۱۳. شناسایی، عضویت و مشارکت هدفمند در شوراهای بین بخشی مرتبط به آسیب های اجتماعی و ترویج رفتارهای سالم اجتماعی | |
| ۱۴. تشکیل کمیته کشوری سلامت معنوی و ترسیم نقشه ارتقای سلامت معنوی در افق ۱۴۰۴ با مشارکت کلیه ذینفعان | تولید آگاهی |
| ۱۵. ارزشیابی بیرونی یا تحلیل عملکرد دستگاه ها در زمینه مدیریت آسیب های اجتماعی و ارایه نتایج آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی | |
| ۱۶. طراحی و استقرار بسته خدمات ارتقای سلامت جسمی و روانی ویژه آسیب دیدگان اجتماعی با مشارکت سایر دستگاه ها (شهرداری، بهزیستی، کمیته امداد) و ادغام کارکردهای سلامت اجتماعی در شبکه های بهداشتی و درمانی، نظام پزشکی خانواده و ارجاع از جمله تعریف مددکار و سایر برنامه های وزارت بهداشت به ویژه شناسایی افراد در معرض خطر و آموزش های مرتبط پیشگیرانه) | |
| ۱۷. تدوین و استقرار برنامه بازاریابی اجتماعی رفتارهای سالم اجتماعی | تولید آگاهی |
| ۱۸. تدوین و استقرار برنامه و تکالیف میانجیان مشارکت مردمی (شوراها، سمن ها) برای ارتقای سلامت اجتماعی | |

تولید آگاهی

جلب حمایت

حمایت علمی

تولید آگاهی



شکل ۱: ابعاد سلامت و عوامل موثر بر آن

چهارگوش یک:

مراجع تصمیم گیر و سیاست گذار: شورای تشخیص مصلحت نظام، کمیسیون های بهداشت و درمان و اجتماعی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، کمیسیون اجتماعی وزارت کشور، شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، قوه قضائیه، ستاد مبارزه با مواد مخدر

وزارت خانه ها و سازمان ها: وزارت کشور و معاونت اجتماعی آن، سازمان صدا و سیما، وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمان های بیمه تابعه، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، وزارت کار و امور اجتماعی، نیروی انتظامی، سازمان شهرداری ها و دهیاری ها، کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان زندان ها

انجمن های علمی و سمن ها: انجمن علمی روانپزشکی ایران، انجمن علمی پزشکی اجتماعی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی، انجمن جامعه شناسی ایران، انجمن رفاه اجتماعی، سازمان نظام روانشناسی،

خبرگان: مدیران و مشاورین سابق دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، محققان و اساتید برجسته و پیشکسوت رشته روانپزشکی و روانشناسی کشور

سازمان های بین المللی: نمایندگی دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی در ایران، یونیسف، نمایندگی دفتر مبارزه به جرم و مواد سازمان ملل در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت بهداشت (اداره سلامت اجتماعی، اداره اعتیاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز مدیریت شبکه، مرکز سلامت محیط و کار، مرکز مدیریت بیماری ها)، درمان (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استانداردها و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت بیمارستان و تعالی بالینی، دفتر نظارت و اعتباربخشی درمان)، معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، توسعه مدیریت و منابع، معاونت دانشجویی



شکل ۲: الگوی مفهومی سلامت اجتماعی

References

- Axelsson, R. and Bihari Axelsson, S., 2006. Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *Int J Health Plann Mgmt*, 21, pp. 75–88.
- Center for Strategic Research (CSR) of expediency council, Iran., 2007. Diagnosing social harms and threats of Iran at next decade, Strategic Research Center of expediency council, Iran.
- Damari, B., Vosough Moghaddam, A., Salarizadeh, H. and Shadpoor, K., 2010. What are Ministry of Health and Medical Education functions in Social Health improvement?, 1st social health congress, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran [In Persian].
- ISA., Iran 2008, 1st national congress of social harms in Iran: social harms and it's trend evolution, 1, Agah Pub, Tehran [In Persian].
- Morgan, A., and Swann, C., 2004. Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. [Online]. Available from: www.nice.org.uk/page.aspx?o=502681. [cited on 28 Oct 2012].
- Public culture council of Iran(PCCI), Iran., 2003. Study of Iranian attitudes and values. Public culture council of Iran(PCCI), Iran., 2011. Study and measurement of country public culture.
- Vameghi, R., Rafiei, H. and Madani, S., 2009. Preparing national document of social harms reduction and control (documenting an experience). *Social Welfare Quarterly*, 9(32), pp. 65-86 [In Persian].
- WHO., 1948. Constitution of the World Health Organization, [Online.] World Health Organization. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [cited on 28 Oct 2012].
- World Health Organization., 2008. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health.. [Online]. Available from: www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.htm 1. [cited on 28 Oct 2012].
- World Bank., 2005. Social Accountability in the Public Sector. [Online]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTPCENG/214574-1116506074750/20542263/FINALackerman.pdf> [cited on 28 Oct 2012].
- Wikipedia., 2001. Syndemic. [Online]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Syndemic> [cited on 28 Oct 2012].

What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education

Damari, B., MD, FFPH. Assistant Professor, Department of social determinants of health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding author: bdamari@tums.ac.ir

Nasehei, A., MD. Psychiatrists, Office for mental and social health and substance abuse prevention, Ministry of health and medical education, Tehran, Iran

Vosoogh Moghaddam, A., MD, FFPH. Assistant Professor, Health Policy Council, Ministry of health and medical education, Non Communicable Disease Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Oct 30, 2012

Accepted: Nov 18, 2012

ABSTRACT

Background and Aim: Definition of World Health Organization 1948 for Health includes social domain which two other domains of health, physical and mental, have counter effects on it. Quantity and quality of an individual relation to community in order to improve population welfare is a definition for social health. Social capital and security improvement and reduction of impoverishment and inequity is the impact of this relation and it's opposite side is increasing social problems. In this article, by reviewing social health situation of Iranian community and analysis of it's determinants, improvement strategies have been provided and role of Ministry of Health and Medical Education (MOHME) proposed.

Materials and Methods: This is a descriptive and analytic study; A conceptual framework were described based on a nationally committed definition of social health and used for description and analysis. Secondary data of reviewing existing research and documents were utilized for situational analysis; Focus group discussion of steering/stakeholder committee members and review of the best evidences and international experiences made analysis and proposed interventions.

Results: The evidences show that average increasing rate of social problems during recent years is 15% annually. Albeit, it is not possible to draw the increasing or decreasing trend of social health indices precisely since past 2 decades due to the lake of surveillance system. Several social problem reduction and social health improvement interventions are running by organization but, inadequate sensitivity of responsible persons, not to evaluate the current interventions, inadequate utilization and coverage of population from primary level preventive services, inappropriate selection of essential interventions, allocation of most available resources to tertiary level of prevention(after harm services), weakness of activity implementation system and intersectoral collaboration for executing interventions, disintegration of social health related financial resources and inadequate sensitivity and competencies of people in combating to social problems and risks are obstacle to effective interventions in improving social health indices. Economical, political, international and technological big changes should be added to these reasons.

Conclusion: Social health progress will not be achieved without intersecotral collaboration; Improvement of existing situation is not under duties and responsibilities of MOHME, so proposed direction including vision, strategic objectives and interventions, for social health should be implemented partially by MOHME; Remaining parts required advocacy to be done by other sectors. It is essential that the proposed program be approved in health policy council of MOHME for implementation of this direction and achieving to it's objectives and then be approved by health and food security high council and social council of country; after that the intersectoral collaboration agreements of social health improvement should be supervised deeply.

Key words: Social health, Health and food security high council, Social health risk factors, Social problem