مقاله پژوهشی

ویژگی‌های ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر در سلامت

علی مسعود[1*]، اکرم خیاط زاده ماهانی[2]، محمد حسین مهرالحسنی[3]

۱- دانشجوی مقطع دکترای تخصصی(Ph.D) رشته سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران۲- استادیار، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران۳- دانشیار، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* **نویسنده مسئول:** دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
موبایل: ۰۹۱۰۴۰۰۳۵۸۷
پست الکترونیک: Ali.masoudmj@gmail.com

دریافت: ۹۶/۳/۲۲ پذیرش: ۹۷/۲/۵

چکیده

مقدمه: *شکل‌گیری هرگونه مشارکت بین‌بخشی نیازمند یک ساختار منسجم و باثبات است تا در پرتو آن مشارکت شکل گرفته و استمرار یابد. شواهد علمی اندکی در زمینه ویژگی‌های یک ساختار همکاری بین‌بخشی موثر، به خصوص در زمینه سلامت وجود دارد که نمایانگر ضرورت انجام پژوهش حاضر است.*

روش کار: *مطالعه حاضر، یک پژوهش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای است. در این مقاله یافته‌های مرتبط با ساختار همکاری بین‌بخشی برای کنترل چاقی کودکان ۲ تا ٦ ساله(مطالعه موردی کرمان) ارائه شد. روش جمع آوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه عمیق رودررو بود. کدگذاری داده‌ها با استفاده از نرم افزار* ***MAXQDA 10*** *انجام گرفت.*

یافته‌ها: *تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها منجر به شناسایی چهار ویژگی کلیدی ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر شد که عبارتند از: ویژگی‌های اعضای مشارکت کننده[1]، ویژگی‌های هسته مشارکت، نقش ها و وظایف اعضای مشارکت‌کننده و فرایندهای کاری در ساختار مشارکت.*

نتیجه گیری: *با توجه به اهمیت روزافزون شکل‌گیری مشارکت بین‌بخشی برای ارتقای سطح سلامت جامعه، لازم است که ساختاری مناسب و سیستماتیک برای این مشارکت‌ها دیده شود. در این پژوهش، با استفاده از دو ویژگی اعضا و هسته مشارکت، به همراه تبیین نقش اعضا و فرایندهای کاری ساختار مذکور، سعی شد بستر مناسبی برای طرح‌ریزی چنین مشارکت‌هایی برای ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری از مشکلاتی چون چاقی کودکان فراهم شود.*

گل‌واژگان: *ساختار، مشارکت بین‌بخشی، سلامت، چاقی کودکان، کرمان*

مقدمه

تعریف گسترده‌ی سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن، نشان می‌دهد که دستیابی به سلامت نیازمند مشارکت تعداد وسیعی از سازمان‌ها و افراد مختلف است(۱). سازمان جهانی بهداشت مشارکت بین‌بخشی برای سلامت را این چنین تعریف می‌کند: « یک ارتباط کاملا تعریف‌شده بین بخش سلامت و دیگر بخش‌ها که تحت لوای آن، دستیابی به اهداف سلامت به طرقی اثربخش‌تر، کاراتر و عملی‌ترامکان‌پذیر می‌شود»(۲).

اهمیت پدیده مشارکت بین‌بخشی در بهداشت و درمان هر روزه افزایش می‌یابد(۳). مشارکت بین‌بخشی می‌تواند خدمات گوناگون و مجزای بخش‌های مختلف را دور هم جمع نموده و بدین وسیله، نیازهای متعدد کودکان و خانواده‌ها را به صورت جامع و موثر پاسخ دهد(۴).

[1] Collaboration members

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

عوامل مختلفی در اثربخشی و موفقیت مشارکت بین‌بخشی نقش دارند. ماستیچ و همکارانش[۲] (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای، ۱۹ عامل موفقیت مشارکت را در ۶ زیرگروه زیر تقسیم‌بندی کردند: عوامل محیطی، اعضا و ذینفعان، ساختار و فرایند، ارتباطات و اهداف و منابع (۵). در بررسی دیگری داووس و اگلین[۳] (۲۰۰۴) با مطالعه تطبیقی ۱۲ مشارکت بین‌بخشی صورت گرفته در کانادا، آمریکا و اروپا، اقدام به ارائه یک مدل پویای همکاری بین‌بخشی نمودند. این مدل بر ۶ بعد اساسی همکاری، شامل خصوصیات محیطی، اهداف و انگیزه‌های شرکت‌کنندگان، ساختار و فرایند مشارکت، روش‌های مشارکت، عملکرد مشارکت و عملکرد خدمت تاکید دارد(۶). جونز در یک مطالعه مروری نظام‌مند، تحت عنوان «تعیین کننده‌های مشارکت اثربخش میان سازمان‌های بهداشتی و درمانی»، ۳۴ عامل موثر در مشارکت میان موسسات و سازمان‌های بهداشتی- درمانی را به شرح زیر شناسایی نمود: منابع، ساختار، و ارتباطات خوب، اعتماد و احترام متقابل، رهبری قوی و ماهر، اهداف مشخص و قابل دستیابی و توانایی و پذیرش سازمان‌ها برای مدیریت. بنابراین وجود ساختار مناسب برای موفقیت هر گونه مشارکت بین بخشی، عنصری است که در مطالعات مختلف به اهمیت آن توجه ویژه‌ای شده‌است(۷).

استمرار یک تلاش همکارانه، تنها در سایه نظم‌بخشیدن به کنش‌های متقابل ذینفعان در قالب یک ساختار نظام‌مند قابل دست‌یابی است. در قالب ساختار، اهداف ویژه تعریف، وظایف هر یک از شرکا مشخص و هر یک از شرکا از نقش خویش در فعالیت مشارکتی مطلع می‌شوند (۸).

کشور ایران نیز به دنبال درک اهمیت مشارکت بین‌بخشی و رویکرد سلامت‌محور در همه سیاست‌ها، در سال‌های اخیر تلاش کرده در چارچوب الزامات قانونی و با تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح ملی و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در سطح استانی، نسبت به تضمین تعهد سیاسی در قالب شکل‌گیری همکاری بین‌بخشی برای سلامت جامعه اقدام نماید. از جمله ماموریت‌های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، می‌توان به بسیج بخش‌های گوناگون و تشویق آن‌ها به ورود به مشارکت‌های بین‌بخشی در سلامت جامعه، در قالب تدوین یک برنامه راهبردی تحت عنوان سند توسعه سلامت[۴] استان‌ها، اشاره‌کرد(۹). تشکیل شورای فوق در سطح ملی و زیرشاخه‌های متناظر آن در سطح استانی، یک ساختار رسمی برای نهادینه کردن رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها و به دنبال آن، شکل‌گیری مشارکت‌های بین‌بخشی در سطوح و زمینه‌های مختلف در جامعه را امکان‌پذیر می‌سازد.

پروژه رابطین با بیش از یک‌صد هزار رابط بهداشتی، برنامه شهر سالم، برنامه روستای سالم، برنامه تامین نیازهای اساسی توسعه[۵]، برنامه توانمندسازی زنان، وجود حداقل ۱۵۰۰ سازمان مردم نهاد (حامی مستقیم در سلامت) و تجربیات آن‌ها و تجربه مشارکت بین‌بخشی در حوادث جاده‌ای از دیگر نمونه‌های موفق همکاری بین‌بخشی در کشور ایران به شمار می‌روند(۱۰).

بیماری‌های غیرواگیر، به دلیل ماهیت چندعلیتی و پیچیده‌ای که دارند، برای کنترل و مدیریت نیازمند مشارکت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشند. در کشور ما و دیگر کشورهای در حال توسعه تاکنون مطالعه‌ای پیرامون ساختار مورد نیاز برای پیاده‌سازی یک مشارکت بین‌بخشی موثر به منظور مقابله با این قبیل مشکلات پیچیده انجام نشده است. به همین سبب، پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این پرسش انجام شد: «ساختار یک مشارکت بین‌بخشی موثر در سلامت، چه ویژگی‌هایی دارد؟»

روش کار

مقاله حاضر در واقع گزارش بخشی از یافته‌های یک مطالعه کیفی گسترده است که ساختار همکاری بین‌بخشی را در موضوع چاقی کودکان ۲ تا ۶ ساله شهر کرمان مورد بررسی قرار داده است.

جمع‌آوری داده‌ها:

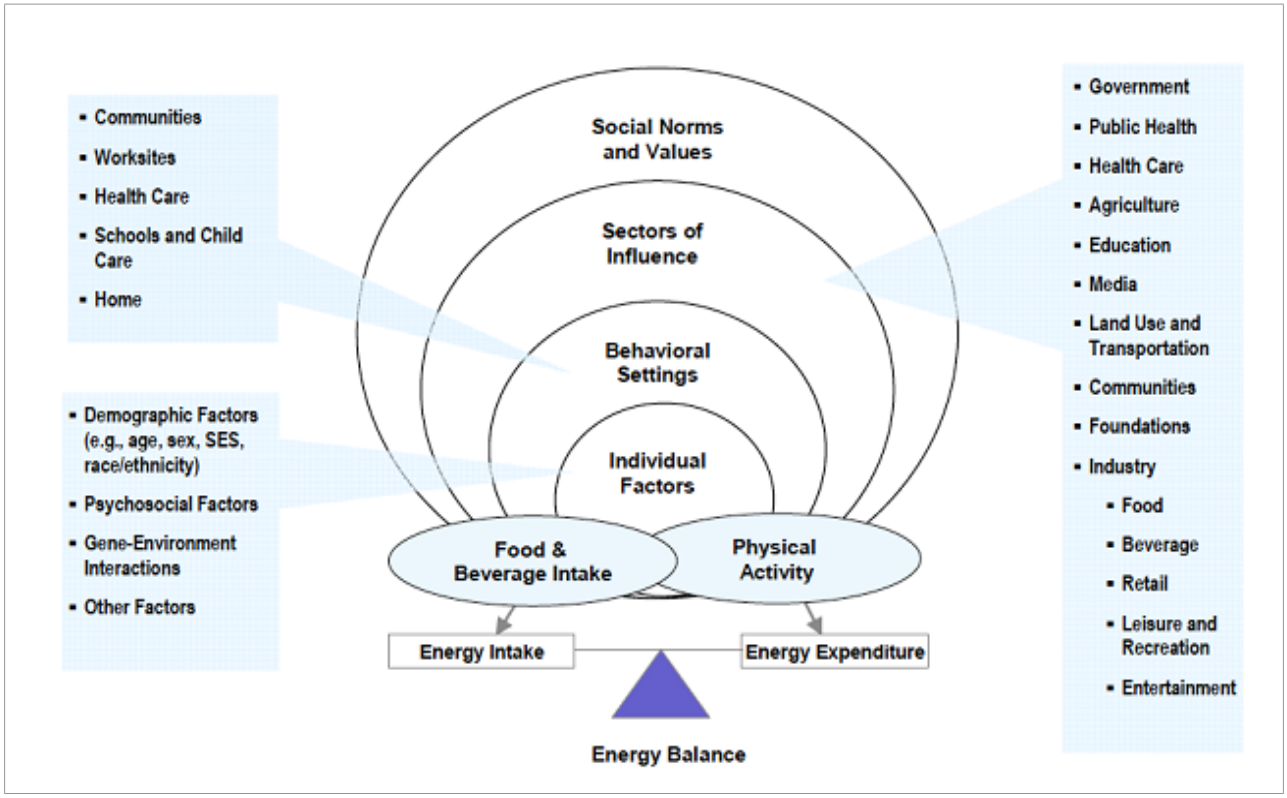
برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، از مصاحبه رودررو استفاده شد. مصاحبه‌ها به شیوه عمیق[۶] و با ذینفعان مختلف از بخش‌های دولتی(۱۷ مصاحبه) و خصوصی(۱۱ مصاحبه) صورت گرفت. برای انتخاب نمونه‌ها، از نمونه‌گیری هدفمند با توجه به نقشه علیت چاقی کاپلان، که عوامل موثر در چاقی کودکان را نشان می‌دهد، استفاده شد؛ بدین ترتیب که مصاحبه‌شوندگان با توجه به چهار سطح فردی، رفتاری، بخشی و هنجاری موثر در چاقی کودکان گزینش شدند(شکل ۱)(۱۲).

در مجموع ۲۸ مصاحبه صورت گرفت. هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه به طول انجامید. موقعیت و تعداد مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ آورده شده است.

[2] Massettich
[3] Dawes and Eglene
[4] HMP: Health Master Plan
[5] Basic Need Developement
[6] Deep Interview

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

شکل ۱: نقشه علیت چاقی کودکان



جدول ۱: موقعیت و تعداد مصاحبه‌شوندگان

سازمان	واحد سازمان	تعداد
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	معاونت بهداشتی	۳
	معاونت درمان	۲
	معاونت غذا و دارو	۱
	دانشکده بهداشت و تغذیه	۲
کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی	–	۲
بهزیستی	معاونت بهزیستی و مهدکودک‌ها	۳
اداره استاندارد	–	۱
جهاد کشاورزی	–	۱
شهرداری	معاونت فرهنگی	۱
سازمان‌های ورزشی	–	۲
صدا و سیما	–	۱
فرمانداری	–	۱
شورای شهر	–	۱
تولیدکنندگان و فروشندگان مواد غذایی	تولیدکنندگان سوسیس و کالباس، فروشندگان فست فودها	۴
والدین	پدر و مادر	۳
	جمع	۲۸

مصاحبه‌ها تا حد اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمامی مصاحبه‌ها با اخذ اجازه ضبط و بلافاصله در همان روز توسط پژوهشگر پیاده‌سازی و برای کدگذاری وارد برنامه MAXQDA شد و به دنبال آن عمل تحلیل و کددهی مطابق مدل پیشنهادی استراس[7] و کوربین[8]، که شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی است، انجام گرفت.

ضمنا پس از تحلیل یافته‌های هر مصاحبه، یافته‌ها با منابع علمی و مدل‌های موجود، مورد مقایسه مداوم قرار گرفت تا به سوالات پژوهش پاسخ مناسب داده شود. برای ارزیابی کیفیت کار، از چهار ویژگی قابل اعتبار بودن[9]، قابل انتقال بودن[10]، قابل اطمینان بودن[11] و قابل تایید بودن[12] لینکلن و گوبا استفاده شد(۱۳).

یافته‌ها

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، منجر به شناسایی چهار مفهوم کلیدی ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر شد که عبارتند از: ویژگی‌های اعضای مشارکت‌کننده، ویژگی‌های هسته مشارکت، نقش‌ها، وظایف اعضای مشارکت‌کننده و فرایندهای کاری در ساختار مشارکت. در این پژوهش مجموعا ۱۸ زیرگروه شناسایی شد(جدول ۲).

[7] Strauss
[8] Corbin
[9] Credibility
[10] Transferability
[11] Dependability
[12] Confirmable

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۲: ویژگی‌های ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر در سلامت

	مفاهیم کلی			
	ویژگی‌های اعضای مشارکت‌کننده	ویژگی‌های هسته مشارکت	نقش‌ها و وظایف اعضای مشارکت‌کننده	فرایندهای کاری در ساختار مشارکت
زیرگروه‌ها	برخورداری از نظام ارزشی مشترک	ساختار مشارکتی	شناسایی مسائل و مشکلات	شناسایی و تعریف مشکل
	تعهد در ذینفعان	ساختار غیرمتمرکز	تسهیل‌گری امور	برقراری شبکه ارتباطات
	زبان مشترک	تصمیم‌گیری گروهی	هماهنگ‌کنندگی	حساس‌سازی
	روابط قدرت مشخص		نظارت و پیگیری	تدوین سیاست‌ها و طراحی مداخلات
	حضور ذینفعان مختلف			تعیین وظایف
				تعیین دستورالعمل‌ها

ویژگی‌های اعضای مشارکت‌کننده

این اعضا علاوه بر تعلق داشتن به گروه‌های مختلف و جامعیت به لحاظ نمایندگی بخش‌های مختلف جامعه، باید حائز ویژگی‌هایی چون زبان و نظام ارزشی مشترک، تعهد و قدرت برقراری روابط نیز باشند.

لازمه دستیابی به نظام ارزشی مشترک این است که اهداف مشارکت، تبدیل به اولویت‌های فردی و سازمانی هر یک از اعضا درگیر در مشارکت شود. به‌علاوه، داشتن تعهد کافی از مواردی است که به تقویت ساختار مشارکت کمک فراوانی می‌کند: «*اعضایی که در جلسه ما [شورای سلامت] جمع می‌شوند، باید اقناع شده باشند که حفظ و ارتقای سلامت جامعه، جزء اولین و مهم‌ترین رسالت‌ها و ماموریت‌های ماست و لازم است که این اعضا برای انجام مواردی از قبیل پیشگیری از چاقی کودکان در خود و سازمان‌های‌شان تعهد لازم را داشته باشند*»(م ۶).

طبیعتااعضایی که در مشارکت حضور دارند، دارای تخصص‌های متفاوتی هستند و نمی‌شود مسایل را به گونه‌ای مطرح نمود که فقط برای یک تخصص خاص قابل فهم باشد. برای حل این مساله بهتر است که در این سطح، یک زبان مشترک ایجاد شود. «*ما هیچ‌وقت از اصطلاحات تخصصی استفاده نمی‌کنیم تا خودمان متوجه شویم، ولی اعضای دیگر نه! چون اگر این‌کار را بکنیم، علاوه بر این‌که کمکی به حل مشکلات نخواهیم کرد، باعث اتلاف منابع نیز خواهیم شد. مثلا، به جای این‌که بگوییم چاقی کودکان در استان ۳ یا چند درصد از حد جهانی بیشتر است، بهتر است بگوییم کودکان استانمان در حال چاق شدن هستند*»(م ۱۱).

باید توجه نمود که اعضای حاضر در مشارکت، اختیارات یا نفوذ متفاوتی دارند؛ بنابراین شناسایی و جلب توجه و حمایت صاحبان قدرت، تاثیر به سزایی در پیشبرد مشارکت و تضمین موفقیت دارد. «*بعضی از مدیران ما خیلی خوب می‌توانند مسایل مورد توجه و علاقه خود را برای دیگر مدیران تشریح کنند؛ بنابراین اگر شما بتوانید آن‌ها را قانع کنید که چاقی کودکان مشکل شایعی است، کار شما راحت‌تر خواهد شد*»(م ۴، محیط دولتی). «*به نظر من برای جلب توجه همه‌ی اعضا لازم نیست تک تک با آن‌ها صحبت کنید؛ همیشه به‌دنبال کسی بروید که بین بقیه سرتر است...*» (م۷).

در جلب حمایت ذینفعان، باید توجه نمود که همه آن‌ها مورد توجه قرار گیرند.این امر باعث هم‌افزایی نیروها شده، حل مساله را تضمین می‌کند. حضور ذینفعان مختلف نقش موثری در بررسی و ارایه راه‌حل‌های بدیل و مناسب برای مسایل مطرح شده دارد. «*... در ساختار شورای سلامت استان، جای دستگاه‌هایی واقعا خالی است. مثلا در مورد چاقی، مرکز تحقیقات کشاورزی جهاد، در این زمینه‌ها دارند کار می‌کنند؛ یا گروه تغذیه دانشگاه باهنر، که جزء شورای ما نیستند. در نتیجه، ما از کارهای آنان در این زمینه بی‌خبریم یا آن‌ها از کارهای ما بی‌خبرند. برای این‌که موفق باشیم، باید همه کسانی که درگیرند را بیاوریم*» (م ۱۱). همچنین، باید به دیدگاه‌های ذینفعان توجه نمود و باعث ایجاد تعهد در آنها شد. «*هر کدام از مسئولین که در جلسه ما در شورای شهر شرکت می‌کنند، چون از دستگاه‌های مختلفی هستند، نگرش‌شان هم به مسایل فرق می کند. حتی اگر شما توجه کنید، متوجه می‌شوید پیشنهاداتی که می‌دهند در رابطه با کار خودشان است؛ مثلا وقتی از سلامتی بحث می‌شود، اداره استاندارد از غذاهای استاندارد صحبت می‌کند، صنعت از ایمنی شغلی،...* » (م ۳، محیط دولتی). « *با ایجاد تعهد در اعضا، در آنها احساس مسئولیت نسبت به حل مشکل ایجاد شده و در آن اصرار خواهند کرد*» (م۴).

ویژگی‌های هسته مشارکت

موردی که در طرح ریزی یک ساختار مشارکتی باید مورد توجه قرارگیرد، وجود یک هسته مشخص با ویژگی‌هایی چون وجود یک ساختار غیرمتمرکز همراه با تصمیم‌گیری گروهی برای انعطاف‌پذیری است تا ضمن حفظ جو مناسب همکاری، روحیه کار تیمی نیز حفظ شده، اعضا در کنار هم به مشارکت ادامه دهند. همه اعضا باید درک کنند که به نظرات و پیشنهادات

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

آن‌ها اهمیت داده می‌شود و در فرآیندهای مختلف، از جمله تصمیم‌گیری، لحاظ می‌شوند. این عمل، علاوه بر آن‌که باعث بهره‌مندی از فکرهای مختلف می‌شود، باعث جلب توجه و حمایت اعضا نیز می‌گردد. « *باید به نظرات همه اعضا احترام بگذاریم و از آن‌ها استفاده کنیم. در حل مشکلات باید سعی کنیم با هم‌فکری هم عمل کنیم تا بهترین نتیجه حاصل شود*» (م ۹).

از دیگر موارد مهم ساختاری، اتخاذ ساختاری غیرمتمرکز و منعطف برای این‌گونه مشارکت‌هاست. سیستم متمرکز معایبی دارد که می‌تواند به عنوان سدی برای فعالیت‌های همکارانه عمل نماید. با تشکیل شورای سلامت در مراکز استان‌ها، این مشکل تا حدی تخفیف یافته؛ اما با این حال نیاز به اصلاحات همچنان احساس می‌شود. « *دید قانون‌گذار کلان است و متاسفانه مصوبه‌ای مبنی بر این‌که دبیر شورای سلامت استان می‌تواند با صلاح خود هر کس را بخواهد دعوت کند. وقتی هم دعوت می‌کنیم، می‌گویند چون ما در قانون پیش‌بینی نشده‌ایم زیاد مشتاق نیستند و می‌گویند چون حضور ما کم‌رنگ است، نمی‌آیند...*» (م ۳)، «*سابقه تاریخی دال بر آن است که حکومت ما top to down ، یعنی متمرکز، است. لذا، مشارکت در آن جایگاهی ندارد؛ نظام مدیریتی و ساختار مدیریتی ما مشکل دارد*» (م ۱۴).

نقش‌ها و وظایف اعضای مشارکت‌کننده

اعضایی که در ساختار هسته‌ی مشارکت حضور دارند، دارای وظایف متعددی می‌باشند؛ از جمله، شناسایی مشکلات و مسایل، تسهیل‌گری امور، هماهنگ‌کنندگی و نظارت و پیگیری فعالیت‌ها. با انجام درست این وظایف توسط اعضا، مشارکت بین بخشی آغاز شده و استمرار می‌یابد تا به هدف تبیین شده برسد.

عاملان شناسایی مشکلات، درواقع پل انتقال این مسایل از سطح جامعه به سطح مورد توجه مسئولان هستند. مواردی از قبیل آمار و اطلاعات، اسنادی از قبیل سند توسعه سلامت استان و هم چنین عنصر تجربه، باعث شناسایی مشکلات توسط این اعضا می‌شود. «... *اگر یک بررسی انجام شود و در آن مشخص شود که چاقی کودکان مشکل جامعه ماست، آن‌گاه ما خواهیم توانست آن را در جلسه شورای شهر مطرح کنیم*» (م ۸).

تسهیل‌گر می‌تواند عضوی از فرآیند همکاری و یا خارج از گروه همکاری باشد و به‌عنوان یک شخص ثالث و بی‌طرف که تنها روی اهداف گروه تمرکز دارد، فعالیت کند. «*وقتی شیوع اپیدمی سرخک در جمعیت افاغنه یکی از مناطق کرمان مشخص شد، ما آنجا کارفرمایی داشتیم که به ما در جهت واکسیناسون کودکان با اطلاع‌رسانی به اهالی منطقه کمک نمود؛ حتی جای اسکان برای تیم ما نیز تدارک دیده بود*» (۲۱ م).

فرایندهای کاری در ساختار مشارکت: ساختار مشارکت در برگیرنده مجموعه‌ای از فرایندهای مختلف است. این فرایندها شامل شناسایی و تعریف مشکل، حساس‌سازی، تدوین سیاست‌ها و طراحی مداخلات، تعیین وظایف و مسئولیت‌ها، تعیین دستورالعمل‌ها و برقراری شبکه ارتباطات است. در این ساختار، مسایل و مشکلات تعریف شده و با حساس‌سازی ذینفعان، سیاست‌ها و مداخلات لازم برای حل آن‌ها تنظیم می‌شود. به‌علاوه در این مرحله، مجموعه‌ای از قوانین و مقررات، که باید در طول مشارکت رعایت شوند، در کنار وظایف و دستورالعمل‌های اجرایی لازم تدوین شده، برای هدایت موثر مشارکت به سمت هدف، شبکه های ارتباطی مناسب بین ذینفعان برقرار می‌شود.

ساختار مشارکت بین‌بخشی از طریق یک فرایند مشارکتی و تصمیم‌گیری جمعی اقدام به شناسایی و تعریف مشکلات، طراحی و اجرای مداخلات برای حل این مشکلات و درنهایت ارزیابی مداخلات می‌نماید؛ فرایند مذکور به صورت چرخه‌ای عمل نموده، در هر مرحله از فرایند، امکان بازگشت به مرحله قبل وجود دارد (شکل ۲).



شکل ۲: چرخه تنظیم و حل مشکل

به‌طور کلی، وقتی مساله‌ای وارد دستورکار مشارکت بین‌بخشی می‌شود، برای آن‌که به حل مشکل بیانجامد، لازم است مواردی رعایت گردد؛ برای مثال، باید در عاملان و ذینفعان مختلف و زیرمجموعه‌های آن‌ها یک احساس مسئولیت و تعهد نسبت به حل مشکل ایجادشود. این تعهد می‌تواند نتیجه حساس‌سازی باشد. «*با حساس‌سازی مشخص می‌کنیم که مساله‌ای*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

دارای اولویت و اهمیت است و لازم است برای رفع آن اقدام کنیم» (م ۹).

دوم آن‌که اگر نتوان حساسیت و تعهد لازم را در اعضا ایجاد نمود، می‌توان با وضع قوانین و مقررات لازم و الزام به رعایت آن‌ها، اعضا را متعهد به پذیرفتن مسئولیت جهت حل مشکل نمود. به‌علاوه می‌توان از همین قوانین و مقررات به عنوان چارچوبی برای کنترل و جلوگیری از انحراف در فعالیت‌های مختلف جهت حل مشکل استفاده نمود. باید توجه نمود، تعهدی که از درون اعضا حاصل آید، بهتر جواب می‌دهد تا تعهدی که حاصل اجبار یا قوانین و مقررات باشد. «*سیاست ما در شورا همیشه آن بوده که با تعریف جنبه‌های مختلف مشکلات برای اعضای حاضر بتوانیم آنها را برانگیزانیم تا برای حل آن چاره‌ای اندیشیده و به کمک خودشان آن را حل کنیم؛ کمتر صورت می‌گیرد تا از قانون و یا اجبار برای قبولاندن مساله ای استفاده کنیم...*» (م ۴).

سومین گام آن است که برنامه‌ها و سیاست‌هایی که برای حل مشکل اتخاذ می‌شوند، در شرح وظایف عاملان حل مشکل گنجانده‌شوند تا جزء یکی از وظایف ذاتی آنها شده و بدین ترتیب از اجرای برنامه‌ها و سیاست‌ها اطمینان حاصل گردد. «*وقتی سیاستی و مداخله‌ای در شورا برای سازمانی تصویب شد، دیگر جزء وظایف آن می‌شود که باید همیشه انجامش دهد*» (م ۶).

در پایان و بعد از آنکه وظیفه‌ای تعیین و دستگاهی آن را عهده‌دار شد، می‌توان با دستورالعمل‌هایی، فرایندهای اجرایی این وظایف را روشن نموده و با مستندسازی آن‌ها، مانع از ایجاد ابهام و اختلال در اجرای آن‌ها شد. طبیعی است که این مرحله کمک فراوانی به کارشناسان و اعضایی می‌کند که اجرای این وظایف و سیاست‌ها را بر عهده دارند. «*تجربه نشان داده که هر وقت ما اقدام به تعیین رویه‌ها و روش‌های اجرای تصمیمات متخذه در شورا گرفته‌ایم، یا به همراه آن‌ها دستورالعمل‌های اجرایی شفافی را تدوین و به واحدها ابلاغ کرده‌ایم، اجرای امور با اشتباهات یا سردرگمی‌های کمتری همراه بوده است*» (م ۱۴).

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش، منجر به شناسایی ۴ مفهوم اصلی در خصوص ویژگی‌های ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر در سلامت شد که توجه به آن‌ها ساختار مشارکت موثر برای پیش‌گیری از مشکلات پیچیده سلامتی مثل چاقی کودکان را نشان می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برای یک مشارکت بین‌بخشی موثر، اعضای گروه مشارکت باید نسبت به هم و سازمان‌های متبوع یکدیگر از نظر نحوه‌ی کار، ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی، محدودیت‌ها و انتظارات، درک و احترام متقابل داشته باشند. جونز[13] در مطالعه خود چنین اظهار داشت که اعتماد، احترام، درک متقابل، برقراری تعهد و شرایط مثبت کاری بین شرکا از اهمیت ویژه‌ای در موفقیت یک مشارکت بین‌بخشی برخوردار است(۷). داناهیر[14] عواملی از قبیل روابط مناسب بین اعضا، داشتن دیدگاه مشترک و ساختار و فرایند مناسب را لازمه موفقیت مشارکت بین‌بخشی دانست(۱۴).

یکی دیگر از مواردی که باعث می‌شود ساختار موثری برای مشارکت شکل گیرد، ایجاد زبان مشترک در زمینه سلامت و تندرستی جامعه میان کلیه‌ی اعضای حاضر در مشارکت است. سالمون[15] در مطالعه خود تحت عنوان «چالش‌های سلامت روانی بزرگسالان و کودکان» بر به‌کارگیری زبان مشترک بین سازمان‌ها، پیش از رسیدن به درک مشترک در خصوص نیازمندی‌های کودکان و خدمات مورد نیاز آن‌ها، تاکید نمود(۱۵). باید توجه داشت که زبان مشترک باید در قالب یک چارچوب یا ساختار کاملا تعریف شده ایجاد شود؛ یک مثال بارز از چنین ساختاری، تاکید بر تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت و استفاده از آنها به عنوان کلید تسهیل‌کننده درک ارتباطات و معانی مبادله‌شده در مشارکت است.

مواردی از قبیل حضور ذینفعان مختلف و وجود روابط قدرت مشخص بین ذینفعان نیز از دیگر فاکتورهای موثر بر مشارکت هستند. همکاری اثربخش، دربرگیرنده ذینفعانی است که از انواع تخصص‌ها برخوردارند(۱۶). بنابر باور استراوس، قدرت یک همکاری از شمولیت ناشی می‌شود نه محرومیت. ذینفعان باید نماینده‌ای از تمامی بخش‌های یک جامعه باشند که در نتیجه فعالیت همکارانه تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۱۷). البته باید توجه داشت که تیم نباید به لحاظ تعدد اعضاء خیلی گسترده باشند، زیرا در این حالت فرآیند همکاری غیرقابل کنترل خواهد بود(۱۶).

یکی از عوامل مهمی که باید در یک مشارکت بین‌بخشی نهادینه شود، استقرار ساختاری غیرمتمرکز است. متولیان در مطالعه‌ای با هدف مشخص نمودن ماهیت تغییرات سیاسی، شناسایی فاکتورهای مهم محیطی و مکانیزم های مورد استفاده جهت حمایت همکاری بین‌بخشی به این نتیجه دست یافت که تمرکزگرایی در سطح برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کشوری، از موانع اصلی موفقیت همکاری‌های بین‌بخشی است(۱۸). به‌علاوه، یکی از دلایلی که باعث شده مفهوم تعیین‌کننده‌های

[13] Jones
[14] Danahier
[15] Salmon G

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

اجتماعی سلامت به طور سیستماتیک در دستور کار سیاست گذاران کشور وارد نشود، وجود ساختار سیاسی متمرکز است (۱۹). اتخاذ ساختار مشارکتی بین سازمان‌ها، افزایش خلاقیت و نوآوری را به دنبال دارد(۲۰).

امروزه کشورهای عضو اتحادیه اروپایی سازمان جهانی بهداشت[16] بر لزوم وارد شدن موضوع سلامت در سیاست‌های حوزه‌های مختلف یک کشور، به‌عنوان راهی جهت تقویت تعهد سیاست‌گذاران سایر حوزه‌ها نسبت به مفهوم سلامتی، تاکید دارند(۲۱).

مشارکت با گردهم‌آمدن افراد آغاز می‌شود. افراد ممکن است نقش‌های متفاوتی را درون فرآیند در حال شکل‌گیری مشارکت بازی کنند. در این میان، تسهیل‌گر از طریق بهبود فرآیندها و اقدام به فعالیت مستمر طبق توافق جمع، با هدف کمک به گروه، نقش مهمی در ارتقای اثربخشی مشارکت ایفا می‌نماید(۱۶). شناسایی‌کنندگان مسایل و مشکلات به‌عنوان آغازگران مشارکت بین‌بخشی، از دیگر اعضای مهم این ساختار می‌باشند. این افراد علاوه بر شناسایی مسایل و مشکلات، ارزیابی احتمال موفقیت فعالیت مشارکت در دستیابی به موضوعات مورد بررسی را نیز برعهده دارند. کارآفرینان سیاسی از جمله این افرادند که می‌توانند در شناسایی و تعریف مسایل و مشکلات نقش بالقوه‌ای ایفا نمایند. این افراد با تشخیص فرصت‌های مناسب برای تغییر، می‌توانند مسایلی که تشخیص به مداخله برای بهبود آن داده‌اند را وارد سطح دستور کار سیاست‌گذار نموده و به دوام آن در سطح سیاستگذاری تا زمان حل مشکل کمک نمایند(۲۲).

در دل یک مشارکت، فرایندهای گوناگونی جریان دارد. فرایند شناسایی، تعریف و حل مسایل و مشکلات، یکی از یافته‌های پژوهش حاضر است. نافل[17] و بیرکلند[18] معتقدند برای آن‌که یک رویکرد ادغام‌یافته برای حل یک مشکل اجتماعی اتخاذ و به نحو موثری پیاده شود، در مرحله اول لازم است که این مشکل توسط سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به‌عنوان یک مشکل عمومی شناخته شود(۲۳, ۲۴). این مرحله به‌عنوان مرحله شناسایی، تعریف و تنظیم مشکل شناخته می شود که گام مهمی برای حل آن است و حساس‌سازی نیز در این راستا صورت می‌گیرد. پس از شناسایی و تعریف مشکل، لازم است برای رفع آن سیاست‌ها و مداخلاتی طراحی و اجرا شود. در این زمینه عنصر بازخورد نیز دارای اهمیت به‌سزایی است؛ به گونه‌ای که اعضای همکار باید به‌طور متناوب مشارکت را مورد ارزیابی قرار دهند تا مشخص شود آیا در مسیر مناسب قرار دارد یا خیر، و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را انجام دهند(۲۵). تعریف مشکل، نقش عمده‌ای در حفظ آن در کانون توجه مشارکت‌کنندگان به‌عهده دارد. تعریف مشکل، به‌همراه علل ایجاد کننده آن، نقش مهمی در تشریح وضعیت موجود و شناخت ریشه‌های مساله دارد(۲۶). چنانچه تعریف مشکل به خوبی انجام شده باشد، حاصل آن حساس‌سازی و اقناع مدیران است.

از دیگر عوامل مهم فرایند برقراری شبکه ارتباطات، وضع قوانین و مقررات و تعیین وظایف و دستورالعمل‌هاست که در دل یک ساختار مشارکت جریان دارند. در یک مشارکت، شرکا باید نقش‌ها و مسئولیت‌های خود را تعریف کنند و فرآیندهای تصمیم‌گیری و نظارتی مشترک ایجاد نمایند، روش هایی برای برقراری ارتباطات باز و منظم دائر کنند و یک تسهیل‌گر انتخاب کنند(۵, ۲۵). تعریف واضح ارتباطات، منجر به گردهم‌آمدن اعضا در گروه همکاری و حفظ عضویت آن‌ها در طول زمان می‌گردد. به‌علاوه، ارتباط باز منجر به ایجاد و تقویت اعتماد و درک متقابل بین اعضا می‌شود(۱۶). سیستم مناسب ارتباطات را از جمله تسهیل‌گران مهم خدمات بین سازمانی دانسته‌اند (۲۷). متولیان نیز ایجاد شبکه ارتباطات و انتقال اطلاعات، پایش، ارزشیابی، مستندسازی و تهیه گزارش را به‌عنوان راهکارهای اساسی غلبه بر موانع همکاری بین بخشی ضروری دانست(۱۸).

در پایان می‌توان گفت فعالیت همکارانه نیازمند یک ساختار منسجم و بادوام است تا از حس مشترک همکاری و تلاش‌های مبتنی بر حل مشکلات شرکا حمایت نماید (۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت روزافزون شکل‌گیری مشارکت بین‌بخشی برای ارتقای سلامت جامعه لازم است که ساختار مناسب و سیستماتیکی برای این مشارکت‌ها دیده شود. تنها در این صورت است که می‌توان یک مشارکت بین‌بخشی موثر ایجاد نمود که خروجی آن حل مشکلات سلامت جامعه است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت

در این پژوهش با تبیین چهار ویژگی مورد نیاز برای ایجاد یک ساختار مشارکت بین‌بخشی موثر در سلامت، شامل تبیین ویژگی‌های اعضا، تبیین ویژگی‌های هسته، تبیین نقش‌ها و وظایف اعضا و تبیین فرایندهای کاری ساختار مذکور، تلاش شد بستر مناسبی برای طرح‌ریزی چنین مشارکت‌هایی جهت ارتقای سلامت جامعه و پیش‌گیری از مشکلاتی مثل چاقی کودکان فراهم شود.

[16] Member States of the European Region of WHO
[17] Knoepfel
[18] Birkland

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Refrences

1- Meads G, Ashcroft J, Barr H, Scott R, Wild A. The case for interprofessional collaboration: In health and social care: John Wiley & Sons; 2008.page: 21-9

2- Organization WH, editor Intersectoral action for health: A cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report on an international conference held in Halifax; 1997. page:20-35

3- Greenwald HP, Beery W. Health for all: Making community collaboration work: Health Administration Press; 2002. page:15-25

4- Walter U, Petr C. A template for family-centered interagency collaboration. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services. 2000;81(5):494-503.

5- Massettich PW, Murray-Close M, Monsey B. Collaboration—What Makes It Work. Saint Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation; 2001.106-120.

6- Dawes SS, Eglene O, editors. New models of collaboration for delivering government services: A dynamic model drawn from multi-national research. Proceedings of the 2004 annual national conference on Digital government research; 2004 May 24 - 26 USA, Digital Government Society of North America.2004:203-210.

7- Jones B. Determinants of Effective Collaboration between Health Care Organizations. A Literature Review Vegreville: East Central Health. 2008;24(5):50-57.

8- Gray B. Conditions facilitating interorganizational collaboration. Human relations. 1985;38(10):911-36.

9- Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. Health promotion international. 2015 Jun 18;31(4):769-81.

10- Vosoogh Moghadam A, Damari B,Salariyan Zadeh H. A review of the three-year performance of health and food safety councils in the provinces and the future. Journal of School of Public Health and Institute of Health Research.2012;10(2):21-8[In Persian]

11- Kelishadi R, Haghdoost A-A, Sadeghirad B, Khajehkazemi R. Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Nutrition. 2014 Apr 1;30(4):393-400.

12- Koplan JP, Liverman CT, Kraak VA. Preventing childhood obesity: health in the balance: National Academies Press; 2005. page: 15-30.

13- Abedi A, Shavakhi A. Comparison of quantitative and qualitative research methodology in behavioral sciences. Strategic Journal. 2010; 54(13): 153-168[In Persian]

14- Danaher A. Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Inter-sectoral Collaboration. Wellesley Institute. 2011;3.

15- Salmon G. Multi-agency collaboration: the challenges for CAMHS. Child and Adolescent Mental Health. 2004;9(4):156-61.

16- CDDS. Best Practice in Inter-sectoral Collaboration Canada: Canadian Department of Developmental Services 2008 [cited December 22, 2013]. Available from: http://www.dds.ca.gov/Autism/docs/ASD_BestPractices2008.pdf

17- Straus D. How to make collaboration work: Powerful ways to build consensus, solve problems, and make decisions.USA. Berrett-Koehler Publishers; 2002. page: 80-102.

18- Motevalian SA. A case study on intersectoral action for health in IR of Iran: community based initiatives experience. Tehran.School of Public Health, Iran University of Medical Sciences. 2007.page:22-28.

19- Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century: World Health Organization; 2012. page: 40-60.

20- Malone TW. Making the decision to decentralize. Harvard Business School–Working Knowledge for Business Leaders. 2004. page:10-30.

21- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies. Prospects and potentials Helsinki: Finland, Ministry of Social Affairs and Health. 2006. page:30-60.

22- de Leeuw E, Peters D. Nine questions to guide development and implementation of Health in All Policies. Health Promotion International. 2014:dau034.

23- Knoepfel P. Public policy analysis: Policy Press; 2007. page:50-70

24- Birkland TA. An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making.USA. Routledge; 2014. page: 20-40.

25- Czajkowski JM. Success factors in higher education collaborations: A collaboration success measurement model: USA;UMI Dissertation Services; 2006. page: 90-110

26- Anderson JE. Public policymaking: USA: Cengage Learning; 2014. page: 89-100.

27- Sloper P. Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. Child: care, health and development. 2004;30(6):571-80.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Features of Effective Intersectoral Collaboration Structure in Health

Ali Masoud [1 *], Akram Khayatzadeh-Mahani [2], Mohammad Hossein Mehrolhasani [3]

[1]*Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran*
[2]*Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran*
[3]*Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran*

Abstract

Background: The formation of any effective intersectoral collaboration requires a coherent and stable structure in order to build a sustainable collaboration. There is little evidence of the characteristics of an effective intersectoral collaboration structure, especially in the field of health, which highlights the need for research.

Methods: This was a qualitative study with grounded theory approach to explore the dimensions of an effective intersectoral collaboration structure for controlling childhood obesity in 2 to 6-year-old children in Kerman. Data were collected using face-to-face deep interviews. Coding the data was done by MAXQDA V. 10 software.

Results: Data analysis led to the identification of four key features of an effective intersectoral collaboration structure including the characteristics of collaboration members, the characteristics of collaboration core, the roles and responsibilities of collaboration members, and collaboration working processes.

Conclusions: Given the growing importance of intersectoral collaboration for health community promotion, it is necessary to have a proper and systematic structure for these collaborations. This study tried to provide a suitable platform for designing such partnerships to promote community health and prevent problems such as obesity in children by considering the two characteristics of the members and the core of the collaboration, along with the explanation of the role of the members and the processes of the structure.

Keywords: Structure; Intersectoral Collaboration; Health; Childhood Obesity; Kerman

Please cite this article as follows:

Masoud A, Khayatzadeh-Mahani A, Mehrolhasani MH. Features of effective inter-sectoral collaboration structure in health. Hakim Health Sys Res 2018; 21(3): 191- 199.

***Corresponding Author:** Ph.D. Student in Health Policy, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Tel: +98-9104003587, Email: ali.masoudmj@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]