

ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت: یک خلاصه سیاستی

مرضیه نجفی^۱، علی محمد مصدق‌راد^۲، محمد عرب^{۳*}

۱- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲- استاد، دکترای تخصصی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت. شماره تماس: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹. Email: Arabmoha@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۶

چکیده

مقدمه: مصرف کالاهای آسیب‌رسان به سلامت تحت تاثیر تبلیغات این کالاها است. حضور طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان با اهداف متفاوت در تبلیغات این کالاها موانع متعددی در برقراری همکاری موثر ایجاد کرده است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و ارائه توصیه‌هایی در راستای تسهیل مشارکت ذی‌نفعان این حوزه انجام شد.

روش کار: این مطالعه با روش ترکیبی در چهار مرحله انجام شد. در ابتدا با روش کیفی، تحلیل ذی‌نفعان و مرور حیطه‌ای چالش‌ها و راهکارهای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت شناسایی، سپس با روش دلفی و مشارکت ۲۱ نفر از خبرگان مدل مشارکت بین بخشی در این حوزه طراحی شد.

یافته‌ها: چالش‌های این قانون در حوزه‌های زمینه‌ای (سیاسی، اقتصادی و اجتماعی)، بین‌سازمانی (هماهنگی و ارتباطات) و مدیریتی (برنامه‌ریزی، رهبری، سازمان‌دهی و کنترل) دسته‌بندی و ذی‌نفعان پر قدرت شناسایی شدند. راهکارهای کشورهای مختلف در زمینه مشارکت بین بخشی اجرای برنامه‌های سلامت در پنج حوزه مالی، حاکمیت و رهبری، ساختار، فرآیند و مدل‌ها طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: مدل پیشنهادی تصویر همه‌جانبه‌ای از ابعاد و اجزای مشارکت بین بخشی ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت است. ارتباط بین اجزای فرعی و اصلی این مدل، شناسایی موانع موجود و تدوین راهکارهای اصلاحی را امکان‌پذیر می‌کند.

توصیه‌های سیاستی: ایجاد ساختاری مستقل برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بین‌وزارتی، وضع قوانین حمایتی، نظارت مستمر با حضور کننده‌ای از سازمان‌های پر قدرت، توانمندسازی ذی‌نفعان کلیدی و جامعه، اصلاح فرآیند صدور مجوز تبلیغات توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: ممنوعیت، محدودیت، تبلیغات، کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، سیاست

مقدمه

بیماری‌ها هستند. این عوامل در متون مختلف به عنوان کالاها و اقدامات تهدیدکننده سلامت شناخته می‌شوند. مصرف این کالاها علاوه بر بیماری‌های غیرواگیر، موجب افزایش پرفشاری خون، قندخون، اضافه وزن و چاقی، سیری کاذب و سوءتغذیه در کودکان می‌شود [۲]. بنابراین باتوجه به مشکلات فراوان

امروزه بیماری‌های غیرواگیر عامل ۷۴ درصد از مرگ و میرها در جهان است. حدود ۷۷ درصد از این مرگ و میرها در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد است [۱]. مصرف الکل، دخانیات و غذاهای ناسالم از مهم‌ترین عوامل خطر این

مردم و چالش‌های موجود در مشارکت ذی‌نفعان برای ممنوعیت تبلیغات این محصولات، مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های مشارکت بین بخشی در حوزه ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و ارائه راهکارهایی در راستای تسهیل مشارکت ذی‌نفعان این حوزه انجام شد.

روش کار

این پژوهش به صورت ترکیبی و در چهار مرحله انجام شد. در ابتدا با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با ۲۴ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران، کارشناسان، پژوهشگران و خبرگان مرتبط با موضوع در سازمان‌های مختلف از جمله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، سازمان ملی استاندارد، نظام پزشکی، وزارت ارشاد و فرهنگ اسلامی، وزارت صنعت معدن و تجارت، صدا و سیما و شهرداری، چالش‌ها و راهکارهای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران شناسایی شد. مصاحبه‌ها با هماهنگی مصاحبه‌شوندگان به صورت حضوری در محل کار مصاحبه‌شونده و یا به صورت مجازی از طریق تماس تلفنی، تماس تصویری در اسکایپ، گوگل میت و واتس‌آپ انجام شد. هر مصاحبه به طور میانگین ۳۴ دقیقه (حداقل ۱۴ و حداکثر ۶۷ دقیقه) طول کشید. برای رعایت مسائل اخلاقی برای هر مصاحبه‌شونده از کدهای شناسایی استفاده شد. بیشتر مصاحبه‌شوندگان مرد (۵۴ درصد) با تحصیلات کارشناسی ارشد (۳۳ درصد) و سابقه کار بین ۱۱ تا ۲۰ سال (۵۰ درصد) بودند. اکثر مصاحبه‌شوندگان به ترتیب از دانشگاه‌های علوم پزشکی (۳۳ درصد) وزارت فرهنگ و ارشاد و وزارت بهداشت (۱۳ درصد) بودند و در سمت‌های سازمانی مختلفی از جمله مدیر، رئیس، کارشناس دفتر بیماری‌های غیرواگیر (۳۸ درصد) و رئیس، مدیر، کارشناس گروه رسانه، ارتباطات، تبلیغات (۲۹ درصد) مشغول به فعالیت بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای Braun و Clarke استفاده شد [۱۱]. این روش شامل آشنایی با داده‌ها و کدهای اولیه، جستجوی تم‌ها، مرور و تعریف تم‌ها و تهیه گزارش است. دسته‌بندی تم‌ها و سپس تحلیل آنها با

این کالاها بر سلامت جامعه، نظام‌های سلامت برای دستیابی به اهداف اصلی خود یعنی حفظ و ارتقا سلامت جامعه باید در راستای کنترل آنها اقدام کند. وضع قوانین و مقررات برای ممنوعیت یا محدودیت تبلیغات از جمله اقدامات دولت‌ها برای کنترل اقدامات و کالاهای ناسالم است [۳]. تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت تأثیر قابل توجهی بر دانش، نگرش و رفتار غذایی و سبک زندگی مردم دارد. تبلیغات می‌تواند مصرف‌کننده را به انجام رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، نوشیدن بیش از حد الکل و داشتن رژیم غذایی ناسالم و پرچرب تشویق کند [۴،۵]. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۶ در امریکا نشان داد که ممنوعیت کامل تبلیغات الکل منجر به کاهش ۱۶ درصد مرگ و میر ناشی از مصرف آن می‌شود [۶]. همچنین اطلاعات به دست آمده طی ۲۶ سال بر روی ۲۰ کشور نشان داد قانون ممنوعیت تبلیغ دخانیات موجب کاهش مصرف آن شده است [۷].

از طرف دیگر این عوامل خطر منجر به افزایش هزینه‌های سلامت و از دست رفتن سرمایه انسانی می‌شود. مطالعات مدل‌سازی تخمین زدند که حذف همه تبلیغات تلویزیونی غذا و نوشیدنی ناسالم در طول روز منجر به کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمان در استرالیا به میزان تقریباً ۵۶/۵ میلیون دلار و در بریتانیا حدود ۱۰ میلیارد دلار می‌شود [۸]. در ایران نیز، ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در همه رسانه‌ها به عنوان بند «ج» ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تصویب شد. با وجود تصویب این قانون کالاهای آسیب‌رسان به سلامت همچنان در رسانه‌ها تبلیغ می‌شوند [۹]. طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان درگیر اجرای این قانون هستند. رسانه‌ها و سازمان‌های تولیدی که با تبلیغ و فروش کالاهای آسیب‌رسان کسب سود می‌کنند و در طرف دیگر مردم و وزارت بهداشت که با افزایش مصرف این کالاها و افزایش عوارض آنها در جامعه متضرر می‌شوند. رسالت و اهداف متفاوت این ذی‌نفعان چالش‌های مختلفی در همکاری آنها ایجاد می‌کند [۱۰].

باتوجه به تأثیر مخرب تبلیغات کالاهای ناسالم بر سلامت

استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار MAXQDA انجام شد.

سپس تحلیل ذی نفعان با استفاده از راهنمای تحلیل ذی نفعان Schmeer انجام شد [۱۲]. این مرحله با کمک ۱۸ نفر از متخصصان و خبرگان براساس میزان قدرت، موقعیت و علاقه مندی ذی نفعان این حوزه انجام شد. اکثر شرکت کنندگان در پژوهش دارای مدرک فوق لیسانس (۵۰ درصد) و مرد (۶۱ درصد) و بیشتر آنها (۳۳ درصد) در دانشگاه علوم پزشکی مشغول به کار بودند. پرسشنامه‌ای شامل مولفه‌های قدرت، موقعیت، علاقه، انگیزه و چالش‌های این حوزه به شرکت کنندگان ارسال و نظرات صورت دستی یا الکترونیک اخذ شد.

در ادامه، راهکارهای مشارکت بین بخشی در اجرای برنامه‌های سلامت باروش مرور حیطه‌ای شناسایی و دسته‌بندی شدند. جستجو با کلیدواژه‌های مرتبط در چهار پایگاه داده انگلیسی از جمله Science Direct، Scopus، PubMed و Web of science و موتورهای جستجوگر Google و Google scholar به دو زبان فارسی و انگلیسی بدون محدودیت زمانی انجام شد. پس از جستجو و اعمال معیارهای ورود و خروج تعداد ۵۲ مطالعه برای بررسی نهایی انتخاب شد [۱۳].

در مرحله آخر، با استفاده از نظرات ۲۱ نفر از متخصصان و خبرگان این حوزه و با روش دلفی دو مرحله‌ای، مدل مشارکت بین بخشی ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران طراحی شد. در مرحله اول دلفی پرسشنامه باز طراحی شد که شامل توضیحاتی درباره مشارکت بین بخشی و ارتقای آن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و مدل مفهومی اولیه، اجزای اصلی، فرعی و گویه‌های مدل است. در مرحله دوم پس از اصلاح مدل براساس نظرات جمع‌آوری شده، پرسشنامه کمی طراحی شد و به اجزا و گویه‌های ارزیابی مدل به صورت کمی امتیازدهی شد (شکل ۱).

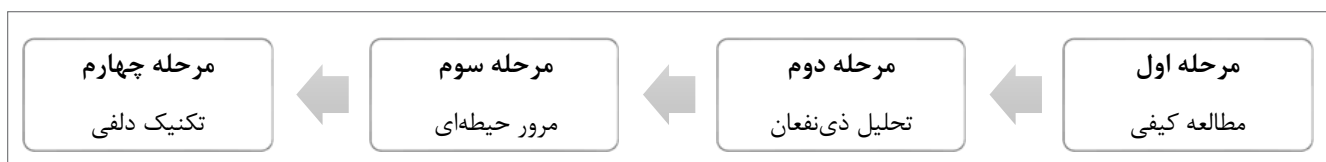
یافته‌ها

- چالش‌ها و راهکارهای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران

در زمینه ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت ۲۷ چالش و ۲۸ راهکار شناسایی شد که در ۹ گروه سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، مأموریت، ارتباطات، برنامه‌ریزی، رهبری، سازمان‌دهی و کنترل دسته‌بندی شدند (جدول ۱). براساس نظر مصاحبه‌شوندگان ماهیت تولیدکننده کسب سود است و ممکن است جایگزین‌های ارزان قیمت را بدون در نظر گرفتن عوارض جانبی آنها استفاده کنند یا اینکه ترجیح دهند با پرداخت هزینه‌های اضافی یا لابی‌گری تبلیغات داشته باشند تا فروش محصولاتشان مختل نشود. تغییر فرمول یک محصول امری پرهزینه و پیچیده است. در صورتی که در تعیین لیست کالاهای آسیب‌رسان جایگزین‌های مناسب این کالاها معرفی شوند و یا تسهیلاتی برای کمک به تحقیق و توسعه

جدول ۱- تعدادی از چالش‌ها و راهکارهای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران

چالش‌ها	راهکارها
* تضاد منافع و لابیگری	* ارتقای هماهنگی بین سازمانی با تعیین و آموزش کارکنان رابط در هر سازمان
* اختیار و قدرت ناکافی وزارت بهداشت	* الزامی ساختن تاییدیه محتوای تبلیغات مواد غذایی و آشامیدنی توسط وزارت بهداشت
* ناکافی بودن اهرم‌های کنترلی	* حمایت از تولیدکنندگان برای تولید کالای سالمتر
* ارزیابی نشدن میزان مشارکت بازیگران کلیدی	* تعیین تیم نظارتی متشکل از ذی‌نفعان پر قدرت از جمله استانداری
* مشخص نبودن نقش‌ها و شرح وظایف	* ارزیابی مستمر میزان مشارکت ذی‌نفعان کلیدی در اجرای قانون
* تعدد رسانه‌های تبلیغاتی	* ایجاد حساسیت نسبت به موضوع در سطوح بالای سیاسی
* حمایت سیاسی ناکافی	* اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی به‌خصوص آموزش کودکان در مدارس
* قوانین متناقض از جمله حمایت از تولیدکننده	* به اشتراک‌گذاری اطلاعات
* آموزش ناکافی به جامعه	* شفاف‌سازی نقش‌ها و شرح وظایف
* ضعف در نظارت مستمر و مشترک	



شکل ۱- مراحل مطالعه ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران

وجود ندارد. این امر از پاسخگویی این سازمان‌ها در قبال انجام نقش و مسئولیت خود می‌کاهد. از طرف دیگر، تعدد رسانه‌های

بلا	موقعیت		
	موافق	خنثی	مخالف
قدرت	-	وزارت فرهنگ و ارشاد نهادهای سیاسی وزارت صمت	صدا و سیما فضای مجازی
متوسط	وزارت بهداشت* سازمان ملی استاندارد نظام پزشکی سازمان غذا و دارو	نهادهای نظارتی جامعه و سازمان‌های مردم نهاد	تولیدکنندگان
ضعف	-	سازمان امور مالیاتی شهرداری مراکز آموزشی مطبوعات	-

شکل ۲- نتایج تحلیل ذی‌نفعان از امتیاز موقعیت و قدرت

جدول ۲- نتایج تحلیل ذی‌نفعان از امتیاز موقعیت و قدرت

میانگین موقعیت	میانگین قدرت	ذی‌نفع	میانگین موقعیت	میانگین قدرت	ذی‌نفع
۸۳/۲	۶۷/۱	سازمان غذا و دارو	۱۱/۱	۲/۹۴	صدا و سیما
۵۷/۱	۴۳/۱	شهرداری	۹۴/۱	۲/۵۰	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۲۲/۱	۰۰/۲	تولیدکنندگان	۸۹/۲	۲/۰۶	وزارت بهداشت
۰۰/۲	۷۵/۱	سازمان‌های نظارتی (قوه قضاییه، پلیس فتا و...)	۰۹/۲	۲/۵۵	وزارت صنعت و معدن
۱۷/۲	۶۷/۲	سازمان‌های سیاسی (مجلس شورای اسلامی، استانداری و...)	۳۳/۲	۱/۸۳	سازمان‌های مردم‌نهاد و جامعه
۱۷/۲	۳۳/۱	مراکز آموزشی	۸۸/۲	۱/۶۳	سازمان ملی استاندارد
۶۰/۱	۲۰/۱	مطبوعات	۱۴/۲	۱/۴۳	سازمان امور مالیاتی
۳۶/۱	۸۲/۲	فضای مجازی	۸۰/۲	۱/۶۰	نظام پزشکی

در این زمینه در اختیار تولیدکنندگان قرار گیرد، احتمال دارد تولیدکننده لابی‌گری را کنار گذاشته و سعی در تولید کالای سالم داشته باشد. همچنین اصلاح اصلاح فرآیند اخذ مجوز تبلیغات مواد غذایی با الزام تایید محتوای تبلیغات توسط وزارت بهداشت در این خصوص کمک‌کننده است.

در ایران رهبری این سیاست بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. قدرت و اختیار لازم برای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان در این وزارتخانه وجود ندارد. صدور مجوز تبلیغات، جمع‌آوری عوارض و مالیات و مجازات متخلفان در حیطه اختیارات این وزارتخانه نیست و اجرای آن به سازمان‌های دیگر وابسته است. هدف و نتایج مورد انتظار از محدود کردن تبلیغات غذاهای ناسالم باید با همه ذی‌نفعان به اشتراک گذاشته شود تا سازمان‌های مختلف لزوم همکاری را درک کنند. تعیین نقش و شرح وظایف هر یک از سازمان‌ها بروز سردرگمی و تعارض بین سازمان‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین تعیین یکی از کارکنان در هر سازمان به عنوان رابط این قانون و ارائه آموزش مستمر می‌تواند بسیاری از موانع از جمله ناهماهنگی را کاهش دهد.

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که با وجود تصویب این قانون به عنوان احکام دائمی برنامه‌های کشور حمایت سیاسی لازم از قانون وجود ندارد و این قانون جزو برنامه‌های دارای اولویت شناخته نمی‌شود. وجود قوانین متناقض از جمله قانون حمایت از مصرف‌کننده و جدا بودن مجوز ساخت از تبلیغ نیز چالشی بود که توسط بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بیان شد. این قانون شفافیت لازم را در پیگیری و برخورد با متخلفان ندارد و مجازات ذکر شده برای جلوگیری از تخلف بازدارنده نیست. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، آموزش و ایجاد حساسیت در سیاست‌گذاران، اصلاح قوانین حمایتی از جمله تصویب اهرم‌های کنترلی می‌تواند از بسیاری از این چالش‌ها بکاهد.

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که نظارت به صورت پراکنده توسط سازمان‌های مختلف وجود دارد اما این نظارت‌ها به صورت یکپارچه انجام نمی‌شوند و هر سازمانی به صورت مجزا و در برخی موارد موازی از هم پایش و نظارت را انجام می‌دهند. از طرف دیگر هیچ نظارتی بر میزان مشارکت و همکاری ذی‌نفعان

تبلیغاتی بر پیچیدگی نظارت می‌افزاید. تبلیغات ماهواره ای، فضای مجازی، صدا و سیما ملی و استانی و تبلیغات محیطی. تبلیغات پخش شده از ماهواره قابلیت نظارت و پیگیری ندارند. تبلیغات فضای مجازی هم به دلیل بستر گسترده شبکه‌های اجتماعی به نیروهای کافی و نظارت مستمر و همراهی پلیس فتا نیاز دارد. استمرار در نظارت و هماهنگی بین سازمان‌های ناظر منجر به تقویت نظارت در این حوزه می‌شود.

همکاری جامعه در موفقیت این قانون تاثیر دارد. آگاه‌سازی و حساس کردن جامعه نسبت به سبک غذایی می‌تواند تاثیر زیادی در این زمینه داشته باشد. با اینکه سازمان‌های متولی این قانون با روش‌های متفاوتی سعی در ارائه برنامه‌های آموزش به جامعه دارند، آموزش‌ها ناکافی هستند. برخی از این آموزش‌ها از طریق پرتال سازمان‌ها ارائه می‌شود که ممکن است بسیاری از مردم یا از آن بی‌اطلاع باشند و یا امکان دسترسی به آن را نداشته باشند. این آموزش‌ها باید برای اقشار مختلف جامعه به‌خصوص کودکان، به دلیل تاثیر تغذیه در رشد و سلامت آنها قابل دسترس باشد. بنابراین بهتر است آموزش‌ها از همه رسانه‌ها، به‌خصوص رسانه‌های معتبری مانند صدا و سیما و آموزش کودکان در مدارس انجام شود.

تحلیل ذی‌نفعان ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

۲۷ ذی‌نفع اصلی شناسایی و به پنج گروه شامل سازمان‌های اجرایی، مدیریتی، نظارتی و سیاسی، تولیدی و بخش عمومی تقسیم شدند. جدول ۲ میانگین قدرت و موقعیت ذی‌نفعان را نشان می‌دهد. براساس میانگین قدرت و موقعیت، ماتریس

شناسایی ذی‌نفعان ترسیم شد. صدا و سیما و فضای مجازی «ذی‌نفعان با قدرت بالا و مخالف»، وزارت‌های فرهنگ و ارشاد، صنعت و معدن و نهادهای سیاسی جزو «ذی‌نفعان با حمایت متوسط و قدرت بالا»، وزارت بهداشت، سازمان ملی استاندارد، سازمان غذا و دارو و نظام پزشکی نیز «ذی‌نفعان حامی با قدرت متوسط» هستند (شکل ۲).

راهکارهای مشارکت بین بخشی در حوزه سلامت

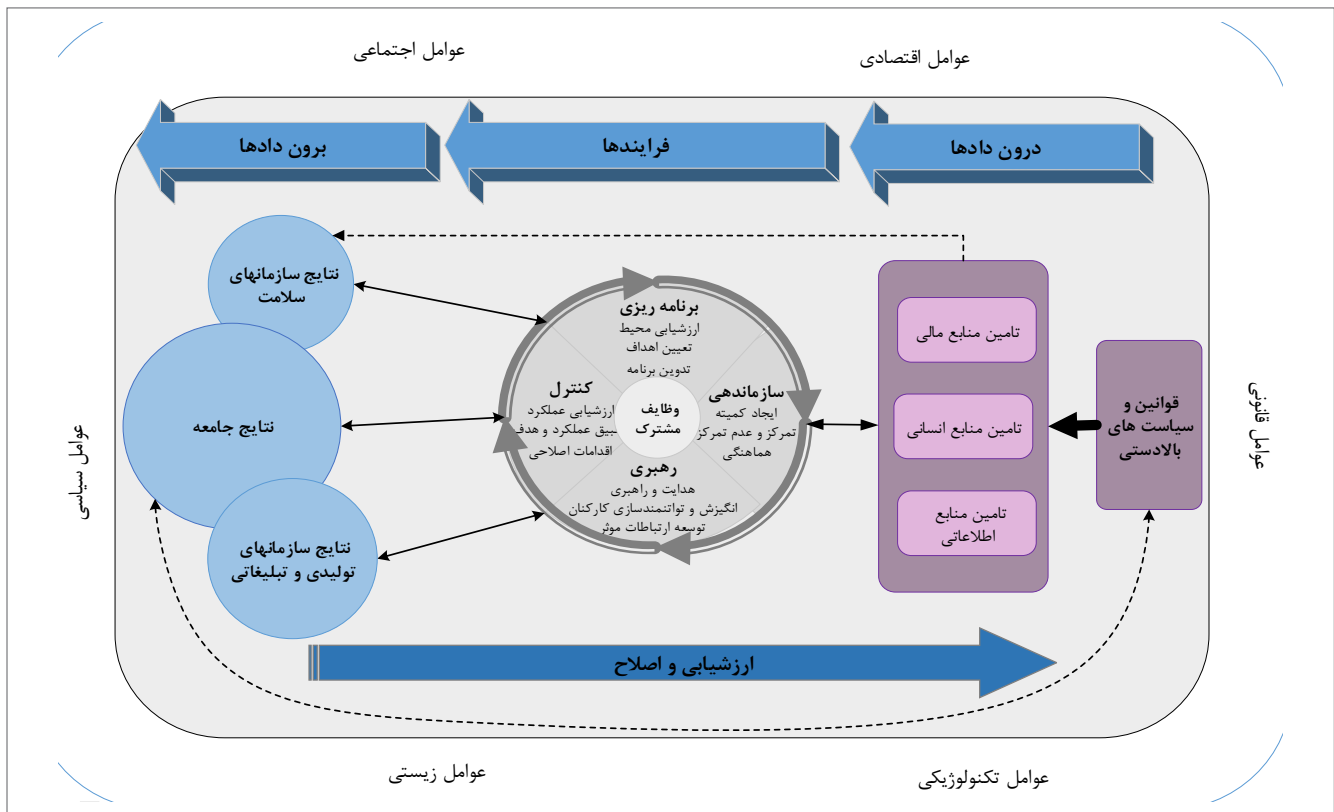
مطالعات انجام شده در خصوص راهکارهای مشارکت بین بخشی ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت محدود است. بنابراین در این مرحله مطالعات مرتبط با مشارکت بین بخشی اجرای برنامه‌های سلامت مرور شد و ۱۶ راهکار شناسایی و در پنج حوزه مالی، حاکمیت و رهبری، ساختار، فرآیند و مدل‌ها طبقه‌بندی شدند (جدول ۳).

مدل مشارکت بین بخشی ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در ایران

در مدل نهایی با تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی مورد نیاز و با توجه به اسناد و قوانین بالادستی، فرآیندها به صورت مشترک بین ذی‌نفعان کلیدی انجام می‌شود. اهداف و برنامه‌های مشترک تدوین می‌شوند. سازمان‌دهی، رهبری و کنترل وظایف مشترک به منظور حداکثر کردن نتایج این قانون که همان تاثیر بر جامعه، سازمان‌های تبلیغاتی و تولیدی و سازمان‌های سلامت است انجام می‌شود. همچنین ۸۱ گویه برای ارزشیابی مدل پیشنهادی ارائه شد (شکل ۳).

جدول ۳- راهکارهای مشارکت بین بخشی اجرای برنامه‌های سلامت

نتایج	راهکار	نتایج	راهکار
			- انباشت (صندوق سلامت)
			مالی - جمع‌آوری منابع (مالیات، بودجه)
			- توزیع
			- بین‌سازمانی
			ساختار - مبتنی بر سطوح دولت
			- مبتنی بر برنامه
			- اطلاعات
			فرآیند - اشتراک‌گذاری
			- ابزارهای حمایت از اجرا
			- حمایت و تسهیل مشارکت بین بخشی
			حاکمیت و رهبری - ایجاد احساس مسئولیت مشترک
			- توجه بیشتر به سلامت در سایر سیاست‌ها
			- بهبود هماهنگی بین سازمان‌ها
			- انعطاف‌پذیری در تخصیص منابع
			- دستیابی سریع‌تر به اهداف برنامه
			- بهبود مشارکت و ارتباطات بین سازمانی
			مدل - مدل‌های یک برنامه
			- مدل‌های کشوری
			- مدل‌های عام
			- کاهش تعارضات بین سازمانی
			- بهبود پاسخگویی ذی‌نفعان
			- ایجاد مشروعیت قانونی، سیاسی و اجتماعی برنامه
			- ترویج ارزش مشترک
			- ایجاد و تقویت مشارکت بین سازمان‌ها



شکل ۳- مدل مشارکت بین بخشی ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

بحث

ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به دلیل وجود بازیگران کلیدی که هر کدام ماهیت و رسالت متفاوتی دارند با چالش‌های متعددی در زمینه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، ماموریت، ارتباطات، برنامه‌ریزی، رهبری، سازمان‌دهی و کنترل مواجهه است. این چالش‌ها در صورتی که به خوبی مدیریت نشوند، مشکلات زیادی در اجرا و موفقیت این قانون ایجاد خواهد کرد. بنابراین، ضروری است که سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت اقدامات لازم را برای رفع این موانع به کار ببرند.

در مطالعه‌ای که در لندن بر روی نقش صنایع غذایی و تبلیغاتی بر سیاست‌های محدودیت تبلیغات انجام شد، پیامدهای اقتصادی منفی، لابی‌گری‌های سیاسی صنایع و مشکلات مرتبط با قانون‌گذاری به عنوان چالش‌های اصلی

شناسایی شدند [۱۴]. با آموزش و جلب حمایت سیاست‌گذاران می‌توان از چالش‌های قانون‌گذاری و سیاسی در این حوزه کاست.

آگاه بودن مردم و مطالبه عمومی با فشار بر سیاست‌گذاران می‌توانند موجب حمایت از اجرای قانون ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت شود. همچنین درگیر کردن جامعه و ایجاد مطالبه عمومی با افزایش آگاهی مردم امکان‌پذیر است. مطالعات نیز نشان دادند که آموزش افراد جامعه می‌تواند به افراد کمک کند تا در برابر اقناع ناخواسته در برابر تبلیغات مقاومت کرده و به آنها در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه کمک کنند [۱۵]. افراد دارای سطح سواد بالاتر و دانش سلامت بیشتر توانایی بیشتری در انتخاب کالا و مواد غذایی دارند. از طرف دیگر، دسترسی به مواد غذایی سالم در مناطق حاشیه‌نشین کمتر است. بنابراین علاوه بر آموزش مردم، تغییر

رفتار غذایی مردم نیاز به تامین بسترهای فرهنگی جامعه دارد. مطالعه‌ای نشان داد ممنوعیت تبلیغات مواد غذایی ناسالم به تنهایی راه‌حل کارآمد و موثری برای مشکل چاقی کودکان نیست و باید همراه با آن آموزش‌های لازم ارائه و دسترسی به این مواد غذایی نیز محدود شود [۱۶]. به منظور دسترسی اقشار مختلف جامعه، به‌خصوص کودکان و نوجوانان به این آموزش‌ها، باید به روش‌ها و از رسانه‌های مختلف اطلاع‌رسانی انجام شود.

برای جلب همکاری سازمان‌های مخالف در اجرای یک برنامه، ابتدا باید رسالت و اهداف هر سازمان شناسایی شود. در بسیاری از مطالعات درک نادرست ذی‌نفعان از اهداف و اهمیت برنامه‌های سلامت به عنوان یکی از چالش‌های اجرای برنامه‌های سلامت عنوان شد [۱۷، ۱۸]. با ارائه آموزش‌های لازم می‌توان ذی‌نفعان را نسبت به هدف مورد نظر آگاه ساخت. از طرف دیگر تضاد منافع موجود در بین ذی‌نفعان کلیدی منجر به لابی‌گری و تخطی از قانون می‌شود. جلوگیری از تبلیغات برای تولیدکنندگان این کالاها عواقبی همچون کاهش فروش و درآمد دارد که گاهی می‌تواند منجر به تعدیل نیرو و یا حتی ورشکستگی برخی صنایع شود. نتایج مطالعه‌ای نشان داد یکی از عوامل موثر بر سیاست کنترل دخانیات در کشورهای ایران و مصر، لابی‌گری توسط صنعت دخانیات بود [۱۹]. از آنجا که در این نوع قوانین خطر تضاد منافع ناشی از تعامل با صنایع غذایی افزایش می‌یابد، اجرای برنامه‌های پشتیبانی و حفاظتی برای پیشگیری و مدیریت تضاد منافع در راستای جلوگیری از هرگونه دخالتی که ممکن است تلاش‌های دولت‌ها را تضعیف کند، مهم است [۲۰].

یکی اقداماتی که به تقویت رهبری کمک می‌کند طراحی یک ساختار مشخص با مشارکت ذی‌نفعان مختلف است. ساختار سازمانی باید با اهداف سیاست‌های سلامت منطبق باشد، زیرا ساختار حیطه وظایف هر بخش، محل تصمیم‌گیری و خطوط اختیارات رسمی را تعیین می‌کند [۲۱]. مشارکت ذی‌نفعان بالقوه، به‌خصوص سازمان‌هایی که قدرت اجرایی زیادی دارند مانند دادگستری، فرمانداری، پلیس فتا و یا تصویب قوانین نظارتی، می‌تواند این ذی‌نفعان مخالف

را ملزم به همکاری کند. مطالعات نشان دادند که سیاست‌های پیشگیری از چاقی نیازمند همکاری‌های بین بخشی گسترده میان ذی‌نفعان است [۲۲]. در برخی مواقع مشکلات درون سازمانی موجب ضعف در همکاری برون بخشی نیز می‌شود. حمایت مدیران ارشد سازمان با تقویت هماهنگی درون بخشی می‌تواند در اجرای صحیح وظایف هر بخش اثرگذار باشد.

اصلاح فرآیندها، از جمله صدور مجوز تبلیغات، با مشارکت فعال وزارت بهداشت علاوه بر افزایش قدرت وزارت بهداشت و کارگروه رهبری این برنامه و کاهش مخالفت‌ها، می‌تواند انجام فرآیندها را نیز سرعت بخشد. همچنین اصلاح فرآیند تدوین فهرست با معرفی کالاهای جایگزین و سالم‌تر نیز می‌تواند از چالش‌های اجرایی این حوزه کم کند. مطالعات دیگر نیز از معرفی جایگزین‌های مواد غذایی ناسالم در موفقیت ممنوعیت تبلیغات حمایت کردند [۲۳]. جایگزین‌ها باید به صورت شفاف و علمی پس از طی آزمایشات و مشخص شدن عوارض جانبی آنها، برای هدایت تولیدکنندگان به تولید محصول سالم معرفی شوند.

برای جلوگیری از سردرگمی و موازی‌کاری باید نقش‌ها و شرح وظایف هر سازمان به صورت شفاف تعیین شود و کارکنان مرتبط با آن آشنایی کافی داشته باشند. مطالعات مختلف به اشتراک گذاشتن اطلاعات و دانش و استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تاکید کردند [۲۴]. در صورت وجود سیستم‌های اطلاعاتی، دانش و تجربیات به آسانی بین اعضا به اشتراک گذاشته می‌شود و همچنین با سهولت دسترسی به اطلاعات و بهبود پاسخگویی می‌توان ذی‌نفعان را در انجام وظایف هدایت کرد. در مطالعات آموزش و توانمندسازی کارکنان به عنوان یکی از استراتژی‌های مفید برای اثربخشی این چنین اقداماتی که در آن کارکنانی با رویکردها و تخصص‌های مختلف از سازمان‌های متفاوتی وجود دارد شناخته می‌شود [۲۵].

نظارت بر تبلیغات نیز به دلیل گسترده بودن رسانه‌های تبلیغاتی پیچیدگی زیادی دارد. افراد با سواد سلامت متفاوت در اطلاعات تغذیه ارائه شده در رسانه‌های اجتماعی غرق شده‌اند. قرار گرفتن در معرض این اطلاعات نادرست و متناقض

کالاهای آسیب‌رسان به سلامت با رعایت اسناد و قوانین بالادستی و تامین منابع مورد نیاز، فرآیندها به صورت مشترک بین ذی‌نفعان کلیدی انجام می‌شود. اهداف و برنامه‌ها به صورت مشترک تدوین می‌شوند، ذی‌نفعان کلیدی و بالقوه برای ایجاد کمیته‌ای به منظور انجام وظایف مشترک شناسایی و نقش و وظایف هر سازمان، میزان تمرکز و نداشتن تمرکز و روش‌های ایجاد هماهنگی بین سازمانی به صورت شفاف تعریف می‌شود. رهبری و کنترل به‌منظور حداکثر کردن نتایج این قانون که همان تاثیر بر جامعه، سازمان‌های تبلیغاتی، تولیدی و سلامت است، انجام می‌شود. روشن ساختن منطق ارتباطی بین ذی‌نفعان کلیدی و سایر عوامل موثر نیز از دیگر دستاوردهای این مدل است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

راهکارهای زیر برای برای تقویت مشارکت سازمان‌ها در اجرای قانون ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت توصیه می‌شود:
- ساختار:

* ایجاد ساختاری مستقل در سطح ملی برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بین‌وزارتی (بین‌بخشی) برای برنامه‌ریزی و نظارت بر اجرای اقدامات بین‌بخشی.

* تشکیل کارگروه تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت با حضور ذی‌نفعان کلیدی برای اجرای قانون مذکور.

* بهبود و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید کالاهای سالم از جمله ارائه تسهیلات مالی، آزمایشگاهی، پژوهشی و غیره به‌منظور توانمندسازی تولیدکنندگان برای تولید سالم‌تر.
- وظایف اجرایی:

* تدوین شیوه‌نامه اجرایی و تعیین مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر ذی‌نفع و ارائه آموزش‌های لازم به هر سازمان توسط وزارت بهداشت.

* برگزاری جلسات مستمر با حضور ذی‌نفعان بالقوه به منظور جلب حمایت مدیران ارشد و ارتقای همکاری.

* برگزاری دوره‌های آموزشی توانمندسازی ذی‌نفعان

ممکن است باعث درگیری‌های شناختی شود و تصمیم‌گیری فعال را برای انتخاب سبک غذایی سالم مختل کند [۲۶].

اهرم‌هایی مانند اخذ مالیات و عوارض در مرحله تولید، ارائه تسهیلات برای تولید کالاهای سالم، افزایش قیمت کالاها، جریمه‌های سنگین مالی برای تبلیغات انجام شده به هدف اصلی این قانون که کاهش مصرف کالاهای آسیب‌رسان است کمک می‌کند. در انگلستان مطابق با مقدار قند موجود در نوشیدنی‌های گازدار دو سطح مالیات اختصاص یافت که براساس آن تولیدکنندگان فرمول تولید این محصولات را مطابق با محصولی که مایلات کمتری دارد منطبق کردند [۲۷]. بنابراین با تدوین اهرم‌های کنترلی از سطح تولید تا جامعه می‌توان بر تبلیغات، تولید و مصرف کالاهای آسیب‌رسان تاثیر گذاشت.

چالش دیگر در اجرای اقدامات بین‌بخشی، منتشر نکردن نتایج برنامه بود. در آفریقای جنوبی هنگام تدوین قوانین مربوط به مواد غذایی، لوازم آرایشی و ضدعفونی‌کننده پیشگیری از ۵۶۰۰ مرگ به علت بیماری‌های قلبی و عروقی از نتایج احتمالی این قوانین پیش‌بینی شد [۲۷]. انجام این قبیل مطالعات که نتایج سلامت ناشی از اجرای برنامه را منتشر می‌کند، انگیزه و تمایل ذی‌نفعان را به همکاری افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت می‌توان امیدوار بود که مقبولیت کالاها در بین مردم و در نتیجه مصرف آنها در جامعه کاهش یابد. این امر موجب کاهش میزان ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و مرگ و میر ناشی از آن، کاهش هزینه‌های سلامت خانوار و همچنین هزینه‌های سیستم سلامت می‌شود. شناسایی ذی‌نفعان مختلف درگیر در اجرای یک سیاست و چالش‌های موجود در برقراری ارتباط و همکاری موثر بین آنها از جمله اقداماتی است که منجر به موفقیت در اجرای سیاست‌های سلامت می‌شود. یکی از راهکارهای اصلی که در این مطالعه شناسایی شد مشارکت ذی‌نفعان کلیدی و پر قدرت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت بود.
در مدل نهایی مشارکت بین‌بخشی ممنوعیت تبلیغات

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [cited 2023 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Ehlen S, Rehaag R. Analysis of comprehensive community-based health promotion approaches for children : Health prospects in disadvantaged neighborhoods in Germany's Ruhr area. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018;61(10):1260-9. (in German)
3. Powell LM, Schermbeck RM, Szczypka G, Chaloupka FJ, Braunschweig CL. Trends in the nutritional content of television food advertisements seen by children in the United States: analyses by age, food categories, and companies. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(12):1078-86
4. World Health Organization. Non-communicable diseases progress monitor 2017. [cited 2023 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513029>
5. Pourmoradian S, Ostadrahimi A, Bonab AM, Roudsari AH, Jabbari M, Irandoost P. Television food advertisements and childhood obesity: A systematic review. *Int J Vitam Nutr Res*. 2021;91(1-2):3-9
6. Hollingworth W, Ebel BE, McCarty CA, Garrison MM, Christakis DA, Rivara FP. Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers. *J Stud Alcohol*. 2006;67(2):300-8.
7. Saffer H, Dave D. Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*. 2002;34(11):1325-34.
8. UNICEF. Marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages to children: Policy Brief. [cited 2023 Dec 26]. Available from: <https://www.advancingnutrition.org/resources/adolescent-resource-bank/marketing-unhealthy-foods-and-non-alcoholic-beverages-children>
9. Abachizadeh K, Ostovar A, Pariani A, Raeisi A. Banning Advertising Unhealthy Products and Services in Iran: A One-Decade Experience. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13:965-8.
10. Kang E, Park HJ, Kim JE. Health impact assessment as a strategy for intersectoral collaboration. *J Prev Med Public Health*. 2011;44(5):201-9.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
12. Schmeer, K. Guidelines for Conducting a Stakeholder Analysis. November 1999. Bethesda, MD: Partnerships

کلیدی در خصوص خطرات سلامتی ناشی از مصرف کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و ارتقای مسئولیت اجتماعی آنها.
* طراحی سامانه آنلاین صدور مجوز تبلیغات و الزام تایید محتوای تبلیغات مواد غذایی و آشامیدنی و موارد مرتبط با سلامت توسط وزارت بهداشت.

* توانمندسازی مردم، به خصوص کودکان، در شناسایی معضلات سلامتی و مداخله در سطح ملی، استانی و محلی برای کاهش عوارض ناشی از مصرف کالاهای آسیب‌رسان به سلامت.

- ضمانت‌های اجرایی:

* وضع قوانین حمایتی در راستای بازدارنده بودن مجازات‌های تعیین شده برای تخلف از قانون ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت.

* حمایت از تحقیقات مرتبط با کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و ارتقای کمی و کیفی پژوهش‌های بین رشته‌ای.

- وظایف نظارتی:

* نظارت مستمر با حضور نماینده‌ای از سازمان‌های مدیریتی (وزارت بهداشت، سازمان ملی استاندارد، نظام پزشکی) و ذی‌نفعان پر قدرت از جمله فرمانداری و دادگستری.

* طراحی چک‌لیست ارزیابی میزان مشارکت ذی‌نفعان کلیدی در اجرای ممنوعیت تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و ارائه بازخورد سالیانه به منظور ارتقای پاسخگویی سازمان‌ها.

منابع مالی: این پژوهش حاصل از پایان‌نامه به‌منظور اخذ مدرک دکتری تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1398.226 است.

تعارض منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه مصاحبه‌شوندگان و داوران محترم که انجام این پژوهش را میسر ساختند کمال تشکر را داشته باشند.

- for Health Reform, Abt Associates Inc. USA: 1-42.
13. Najafi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Mechanisms of Intersectoral Collaboration in the Health System: A Scoping Review. *Iran J Public Health*. 2023;52(11):2299-2312.
 14. Lauber K, Hunt D, Gilmore AB, Rutter H. Corporate political activity in the context of unhealthy food advertising restrictions across Transport for London: A qualitative case study. *PLOS Medicine*. 2021;18(9):e1003695.
 15. Dixon H, Scully M, Gascoyne C, Wakefield M. Can counter-advertising diminish persuasive effects of conventional and pseudo-healthy unhealthy food product advertising on parents?: an experimental study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1781.
 16. Molenaar A, Saw WY, Brennan L, Reid M, Lim MSC, McCaffrey TA. Effects of Advertising: A Qualitative Analysis of Young Adults' Engagement with Social Media About Food. *Nutrients*. 2021;13(6):1934.
 17. Brooke-Sumner C, Lund C, Petersen I. Bridging the gap: investigating challenges and way forward for intersectoral provision of psychosocial rehabilitation in South Africa. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016;10(1):21.
 18. Liu C, Shao S, Liu C, Bennett GG, Prvu Bettger J, Yan LL. Academia–industry digital health collaborations: A cross-cultural analysis of barriers and facilitators. *Digit Health*. 2019;5:2055207619878627. doi: 10.1177/2055207619878627
 19. Banks C, Rawaf S, Hassounah S. Factors influencing the tobacco control policy process in Egypt and Iran: a scoping review. *Global health research and policy*. 2017;2(1):1-11.
 20. World Health Organization. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level: report of a technical consultation convened in Geneva, Switzerland, on 8–9 October 2015. [cited 2023 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241516105>
 21. Kawonga M, Blaauw D, Fonn S. The influence of health system organizational structure and culture on integration of health services: the example of HIV service monitoring in South Africa. *Health Policy and Planning*. 2016;31(9):1270-80.
 22. Hawkes C, Ahern AL, Jebb SA. A stakeholder analysis of the perceived outcomes of developing and implementing England's obesity strategy 2008-2011. *BMC Public Health*. 2014;14:441.
 23. Dubois P, Griffith R, O'Connell M. The Effects of Banning Advertising in Junk Food Markets. *The Review of Economic Studies*. 2017;85(1):396-436.
 24. Hotez PJ, Batista C, Amor YB, Ergonul O, Figueroa JP, Gilbert S, et al. Global public health security and justice for vaccines and therapeutics in the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine*. 2021;39:101053. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101053.
 25. Larsen M, Rantala R, Koudenburg OA, Gulis G. Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(7):649-657.
 26. Garde A. Advertising Regulation and the Protection of Children-Consumers in the European Union: In the Best Interests of ... Commercial Operators? *The International Journal of Children's Rights*. 2011;19:523-45.
 27. Magnusson RS, McGrady B, Gostin L, Patterson D, Abou Taleb H. Legal capacities required for prevention and control of noncommunicable diseases. *Bull World Health Organ*. 2019 Feb 1;97(2):108-117

Prohibition of advertising of products harmful to health: a policy brief

Marziyeh Najafi PhD¹, Ali Mohammad Mosadeghrad PhD², Mohammad Arab PhD^{3*}

1-Alborz university of medical sciences, Karaj, Iran.

2-Professor, Department of Health Management, policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Introduction: The consumption of unhealthy products is influenced by the advertising. The control of these advertisements requires the participation of a wide range of stakeholders with different roles and objectives. These differences have created many obstacles in effective cooperation between participants. The aim of present study was identifying the challenges of banning the advertising of health-damaging products and providing solutions to facilitate stakeholder participation.

Methods: This study investigated the challenges and solutions of the implementation of banning the advertising of products harmful to health and designed an intersectoral collaboration model with a mixed method in four steps; qualitative, stakeholder analysis, scoping review and Delphi. In Delphi stage 21 experts participated.

Findings: The challenges have been identified in three areas: political, economic and social context; inter-organizational coordination and communication; and management involving planning, leadership, organization and control. Additionally, influential stakeholders were identified. The solutions also identified and categorized including finance, governance and leadership, structure, process and models.

Conclusion: The proposed model provides a comprehensive overview of the dimensions and components of intersectoral collaboration when implementing the law that bans advertisements of unhealthy products. The model's sub-components are intricately connected to the main components, making it possible to identify existing obstacles and formulate corrective solutions.

Policy Recommendations: It recommends the creation of independent structures to carry out inter-ministerial policies and programs, the development of protective laws and policies, continuous monitoring by a representative of influential organizations, the empowerment of key stakeholders and communities, and the reform of advertising licensing.

Keywords: Prohibition, limitation, product, harmful to health, policy

Please cite this article as follows:

Najafi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Banning advertisement of unhealthy products: a policy brief. *Hakim Health Sys Res.* 2022; 25(3): 224-234

*Corresponding Author: Department of Health Management, policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: arabmoha@tums.ac.ir. Tell: 021-88989129

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.