

Health in All Policies: A Tool for Strengthening Health Governance – A Narrative Review

Zeinolabedin Abbasi Nowdeh¹, Fahimeh Dehghani Mohammadabadi²
Mohammad Hossein Mardi³, Leila Momeni⁴

Abstract

Health is a key indicator of human development, influenced by cross-sectoral factors. The "Health in All Policies" (HiAP) approach emphasizes integrating health considerations into all policies and sectors. This study employs a narrative review to examine the requirements, challenges, and outcomes of HiAP. Relevant articles from reputable scientific databases were analyzed within the timeframe of 2010 to 2024. Findings highlight that successful implementation of HiAP requires sustained political commitment, transparency, development of evaluation tools, and enhanced organizational capacity. Key challenges include siloed thinking, lack of sustainable resources, and the complexity of assessing policy impacts. HiAP has significant positive impacts such as reducing health inequalities, improving quality of life, and promoting social justice. In Iran, the Supreme Council of Health and Food Security can act as the central entity for implementing this approach. Recommendations include establishing health impact assessments, strengthening cross-sectoral collaboration, and leveraging scientific evidence to systematically integrate HiAP into policymaking. Beyond improving health indicators, HiAP contributes to sustainable social and economic development and serves as a strategy to enhance health governance and community resilience.

Keywords: Health in All Policies, Health Governance, Public Policy.

1. PhD Candidate in Health Policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abbasinowde@gmail.com

2. Pediatric Specialist, Department of Pediatrics, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD in Econometrics - Financial Economics, Department of Theoretical Economics, Faculty of Economics, University of Tehran, Tehran, Iran

4. PhD Candidate in Iranian Economy, Department of Economic Development and Planning, Faculty of Economics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

سلامت در همه سیاست‌ها:

ابزاری برای تقویت حکمرانی سلامت – مرور روایتی

زین العابدین عباسی نوده^۱، فهیمه دهقانی محمدآبادی^۲، محمدحسین مردی^۳، لیلا مؤمنی^۴

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱

چکیده

سلامت یکی از شاخص‌های کلیدی توسعه انسانی است که تحت تأثیر عوامل فرابخشی قرار دارد. رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» (HiAP) به‌عنوان راهبردی نوین، بر ادغام ملاحظات سلامت در تمام سیاست‌ها و بخش‌ها تأکید می‌کند. این مطالعه با استفاده از روش مرور روایتی، به بررسی الزامات، چالش‌ها و پیامدهای HiAP پرداخته است. برای گردآوری داده‌ها، مقالات مرتبط از پایگاه‌های علمی معتبر در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ تحلیل شده است. نتایج نشان می‌دهد تحقق این رویکرد مستلزم تعهد سیاسی پایدار، شفافیت، توسعه ابزارهای ارزیابی و تقویت ظرفیت سازمانی است. چالش‌های اصلی شامل تفکر بخشی‌نگر، کمبود منابع پایدار و پیچیدگی ارزیابی تأثیرات سیاست‌ها است؛ همچنین HiAP پیامدهای مثبتی همچون کاهش نابرابری‌های سلامت، بهبود کیفیت زندگی و ارتقای عدالت اجتماعی دارد. در ایران، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می‌تواند به‌عنوان نهاد محوری در اجرای این رویکرد رفتار کند. باید با الزام لحاظ‌کردن پیوست سلامت، تقویت همکاری بین‌بخشی و استفاده از شواهد علمی، HiAP به‌صورت نظام‌مند در سیاست‌گذاری‌ها ادغام شود. این رویکرد علاوه بر بهبود شاخص‌های سلامت، به توسعه پایدار اجتماعی و اقتصادی کمک می‌کند و می‌تواند به‌عنوان راهبردی برای تقویت حکمرانی سلامت و افزایش تاب‌آوری جوامع به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سلامت در همه سیاست‌ها، حکمرانی سلامت، سیاست‌گذاری عمومی.

۱. کاندیدای دکتری سیاست‌گذاری سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران
Abbasinowde@gmail.com

۲. متخصص کودکان، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. دکتری اقتصادسنجی - اقتصاد مالی، گروه اقتصاد نظری، دانشکده اقتصاد، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. کاندیدای دکتری اقتصاد ایران، گروه توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده اقتصاد، دانشگاه علامه طباطبائی،

تهران، ایران

مقدمه و بیان مسئله

سلامت یکی از شاخص‌های کلیدی توسعه پایدار است که تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی، بهره‌وری اقتصادی و عدالت اجتماعی دارد (Organization, 1947). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در علوم پزشکی و بهداشتی، چالش‌هایی مانند بیماری‌های غیر واگیر، نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، تغییرات زیست‌محیطی و بحران‌های نوظهوری مانند همه‌گیری کووید - ۱۹ نشان داده است که نظام‌های سلامت به‌تنهایی قادر به مدیریت این چالش‌ها نیست (Marmot, 2005). در این میان، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت^۱، مانند وضعیت اقتصادی، شرایط محیط زیست و سیاست‌های حمل‌ونقل، نقش بسیار مهمی در سلامت عمومی ایفا می‌کند (Stahl et al., 2006).

سلامت در همه سیاست‌ها^۲، به‌عنوان رویکردی نوین در سیاست‌گذاری عمومی، تلاش می‌کند سلامت را از موضوعی تنها بهداشتی به یکی از محورهای اصلی تصمیم‌گیری در تمام بخش‌ها تبدیل کند (Organization, 2010). این رویکرد که در سال ۲۰۱۰ با بیانیه آدلاید توسط سازمان جهانی بهداشت^۳ رسمیت یافت، بر ادغام ملاحظات سلامت در تمام سیاست‌ها تأکید می‌کند (Kickbusch & Gleicher, 2012a). شواهد نشان می‌دهند که اجرای موفق این رویکرد در کشورهایی مانند فنلاند و استرالیا توانسته است به کاهش چشمگیر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی، کاهش نرخ چاقی و بهبود شاخص‌های عدالت اجتماعی منجر شود (Hunter & Killoran, 2004; Pekka, 2008).

در ایران، مسائل چندبعدی مانند آلودگی هوا، نابرابری‌های اقتصادی و شیوع سبک زندگی ناسالم، سلامت عمومی را به چالش کشیده است (Washington, 2016). این مشکلات نه تنها به افزایش بار بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت و بیماری‌های قلبی منجر شده است، بلکه فشار مالی سنگینی را بر نظام سلامت تحمیل کرده است (Esteghamati et al., 2014). بر اساس گزارش سال ۱۳۹۹ وزارت بهداشت، آلودگی هوا سالانه جان حدود ۳۷۵۱ نفر را در شهر تهران می‌گیرد؛ همچنین تعداد مرگ‌ومیر ناشی از آلودگی هوا در کشور به حدود ۱۱۱۵۹ نفر در سال می‌رسد که تقریباً با آمار تلفات جاده‌ای برابری می‌کند. بر اساس همین گزارش، خسارت ناشی از آلودگی هوا

-
1. Social Determinants of Health - SDH
 2. Health in All Policies - HiAP
 3. World Health Organization (WHO)

بر سلامت شهروندان تهران حدود ۳/۲ میلیارد دلار برآورد شده است، در حالی که این خسارت برای کل کشور به ۷ میلیارد دلار می‌رسد (اشجعی و همکاران، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت باکیفیت در مناطق روستایی و محروم، شکاف‌های عمیقی در شاخص‌های سلامت ایجاد کرده است (زابلی و سنایی‌نسب، ۱۳۹۳). این چالش‌ها ضرورت اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» را برای ادغام ملاحظات سلامت در تمامی سیاست‌های عمومی برجسته می‌سازد. این مهم در سیاست‌های کلی سلامت^۱ مورد توجه قرار گرفت و در ماده (۲) آن بر «تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات» تأکید شد (رمضان‌خانی و همکاران، ۱۳۹۷).

با وجود اینکه مفهوم سلامت در همه سیاست‌ها در سطح جهانی به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است، پژوهش‌ها در ایران بیشتر به رویکردهای سنتی سیاست‌گذاری سلامت محدود شده است. از جمله خلاءهای پژوهشی در این زمینه، نبود چارچوب‌های بین‌بخشی و ابزارهای مناسب برای ارزیابی تأثیر سیاست‌ها بر سلامت است. علاوه بر این، مطالعات اندکی به بررسی راهکارهای عملیاتی برای ادغام این رویکرد در ساختار حکمرانی سلامت ایران پرداخته‌اند (Damari et al., 2020).

این مقاله با استفاده از روش مرور روایتی، به بررسی مفهوم سلامت در همه سیاست‌ها و ارتباط آن با حکمرانی سلامت می‌پردازد. در این پژوهش، تلاش شده است تا الزامات مورد نیاز برای اجرای این رویکرد، موانع و چالش‌های پیش روی آن و همچنین پیامدها و تأثیرات آن بر نظام‌های حکمرانی سلامت مورد تحلیل قرار گیرد. این مطالعه در سطح جهانی انجام شده است، اما تمرکز اصلی آن بر ارائه پیشنهاد‌های سیاستی متناسب با شرایط ایران خواهد بود.

مبانی نظری

رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها به‌عنوان چارچوب سیاست‌گذاری، بر اهمیت درهم‌تنیدگی سلامت با دیگر حوزه‌های سیاستی تأکید می‌کند. این رویکرد نشان می‌دهد که سلامت عمومی تنها محصول سیاست‌های بخش بهداشت نیست، بلکه تحت تأثیر تصمیمات کلان در حوزه‌هایی مانند حمل‌ونقل، محیط زیست، آموزش و اقتصاد قرار دارد. در این بخش، ابتدا مفهوم HiAP و ابعاد آن

۱. سیاست‌های کلی سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد.

بررسی می‌شود؛ سپس ارتباط آن با حکمرانی سلامت و حکمرانی برای سلامت تحلیل می‌شود و در نهایت، اسناد کلیدی همچون بیانیه آدلاید و گزارش ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان مبانی نظری این رویکرد معرفی خواهند شد.

۱. سلامت در همه سیاست‌ها (HiAP)

سلامت در همه سیاست‌ها، به‌عنوان یک رویکرد سیاست‌گذاری عمومی، بر ادغام ملاحظات سلامت در تمامی بخش‌ها و سیاست‌ها تأکید می‌کند. این مفهوم به این درک اشاره می‌کند که سلامت تنها نتیجه سیاست‌های بخش بهداشت نیست، بلکه از تصمیم‌ها و سیاست‌های دیگر بخش‌ها نیز به‌شدت تأثیر می‌پذیرد. برای مثال، سیاست‌های حمل‌ونقل، محیط زیست، آموزش و اقتصاد همگی می‌توانند مستقیماً بر وضعیت سلامت جامعه تأثیر بگذارند (Organization, 2014). ابعاد اصلی سلامت در همه سیاست‌ها به این شرح است:

تعامل و همکاری بین‌بخشی^۱

این بعد تأکید می‌کند که هیچ بخشی به‌تنهایی نمی‌تواند سلامت عمومی را تضمین کند. به همین دلیل، وزارتخانه‌ها و نهادهای گوناگون باید در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند. برای مثال، تصمیمات در حوزه حمل‌ونقل عمومی می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر سلامت شهروندان داشته باشد، از جمله کاهش آلودگی هوا و افزایش فعالیت بدنی از طریق ترویج استفاده از دوچرخه (Khreis et al., 2017).

عدالت در سلامت^۲

یکی از اهداف کلیدی سلامت در همه سیاست‌ها، کاهش نابرابری‌های سلامت میان گروه‌های گوناگون اجتماعی است. این رویکرد تلاش می‌کند تا از توزیع عادلانه منابع و خدمات سلامت اطمینان حاصل کند و به‌ویژه نیازهای گروه‌های محروم را در اولویت قرار دهد (Kickbusch & Gleicher, 2012b).

ارزیابی تأثیر سلامت^۳

این ابزار تحلیلی به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا پیش از اجرای سیاست‌ها، پیامدهای بالقوه آن را بر سلامت عمومی بررسی کنند. برای مثال، ساخت کارخانه جدید ممکن است اشتغال‌زایی کند،

-
1. Intersectoral Collaboration
 2. Health Equity
 3. Health Impact Assessment - HIA

اما در عین حال می‌تواند به افزایش آلودگی هوا منجر شود. HIA این تأثیرات را مشخص می‌کند و به سیاست‌گذاران اجازه می‌دهد تصمیمات آگاهانه‌تری بگیرند (Collins & Koplan, 2009). HiAP نه تنها بر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت تمرکز دارد، بلکه خواستار تعامل و همکاری بین‌بخشی است تا سلامت عمومی به‌عنوان اولویت کلیدی در سیاست‌گذاری در نظر گرفته شود (Marmot, 2005).

۲. حکمرانی سلامت

حکمرانی سلامت به فرایندها، ساختارها، و سازوکارهایی اشاره می‌کند که برای هدایت، نظارت، و مدیریت اقدامات و سیاست‌های مرتبط با سلامت عمومی به‌کار گرفته می‌شود. این مفهوم شامل اصولی مانند شفافیت، پاسخگویی، مشارکت عمومی و عدالت اجتماعی است (Kickbusch & Gleicher, 2012a). حکمرانی سلامت سامانه‌ای چندلایه است که شامل دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، بخش خصوصی و جامعه مدنی است و تأثیر قابل توجهی بر تصمیمات و سیاست‌هایی دارد که بهبود وضعیت سلامت عمومی را هدف قرار می‌دهد (Solar & Irwin, 2010).

۳. ارتباط بین HiAP و حکمرانی سلامت

سلامت در همه سیاست‌ها، یکی از ابزارهای کلیدی برای تقویت حکمرانی سلامت است. HiAP از طریق شناسایی و مدیریت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و تأثیرگذاری بر تصمیمات سیاستی در بخش‌های گوناگون، می‌تواند اصول حکمرانی سلامت را در عمل اجرا کند (Organization, 2010). برای مثال:

شفافیت و پاسخگویی: HiAP سیاست‌گذاران را موظف می‌کند که پیامدهای سلامت ناشی از سیاست‌های خود را ارزیابی و گزارش کنند.
مشارکت بین‌بخشی: HiAP هماهنگی و تعامل میان وزارت‌خانه‌ها و نهادهای گوناگون را تقویت می‌کند.

عدالت اجتماعی: HiAP با تمرکز بر کاهش نابرابری‌ها، عدالت را به یکی از محورهای اصلی سیاست‌گذاری سلامت تبدیل می‌کند (Pekka, 2008).

۴. حکمرانی برای سلامت^۱

حکمرانی برای سلامت، مفهومی است که به‌طور ویژه بر تأثیر تصمیم‌گیری‌های کلان بر سلامت عمومی تمرکز دارد. این مفهوم بر این اصل استوار است که سلامت باید به‌عنوان یک اولویت در تمام تصمیم‌گیری‌های حکومتی و غیر دولتی لحاظ شود. حکمرانی برای سلامت، فراتر از حکمرانی سلامت، به ادغام سلامت در تمامی سیاست‌ها و مشارکت همه ذی‌نفعان برای دستیابی به اهداف سلامتی تأکید می‌کند (Hunter & Killoran, 2004). ویژگی‌های حکمرانی برای سلامت عبارت است از:

- تمرکز بر سیاست‌های فرابخشی: حکمرانی برای سلامت به سیاست‌هایی توجه می‌کند که به‌صورت غیرمستقیم بر سلامت تأثیر می‌گذارد، مانند سیاست‌های زیست‌محیطی و اقتصادی.
- تعامل چندسطحی: این مفهوم نیازمند مشارکت فعال دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، جامعه مدنی و بخش خصوصی است.
- یکپارچگی و انسجام سیاست‌ها: حکمرانی برای سلامت تضمین می‌کند که سیاست‌ها در بخش‌های گوناگون نه‌تنها در تناقض با یکدیگر نیست، بلکه از اهداف مشترک سلامت عمومی حمایت می‌کند (Organization, 2016).

۵. ارتباط HiAP و حکمرانی برای سلامت

HiAP می‌تواند به‌عنوان ابزاری عملیاتی برای تحقق حکمرانی برای سلامت رفتار کند. این رویکرد با تأکید بر همکاری بین‌بخشی و ارزیابی تأثیرات سلامت، زمینه‌ساز یکپارچگی سیاست‌ها و بهبود کیفیت حکمرانی برای سلامت است (Haines et al., 2006). برای مثال: در فنلاند، اجرای HiAP از طریق کاهش مصرف نمک، به بهبود شاخص‌های سلامت و ارتقای حکمرانی برای سلامت منجر شد. در چین، سیاست‌های زیست‌محیطی HiAP برای کاهش آلودگی هوا، همزمان با ارتقای حکمرانی برای سلامت عمومی همراه بوده است (Lin & Kickbusch, 2017). می‌توان گفت که HiAP، حکمرانی سلامت و حکمرانی برای سلامت به‌عنوان مفاهیم مکمل، چارچوبی جامع برای ارتقای سلامت عمومی فراهم می‌کنند. این مفاهیم بر اهمیت همکاری

بین‌بخشی، ارزیابی تأثیرات سلامت، و عدالت اجتماعی تأکید دارند و می‌توانند از طریق کاهش نابرابری‌ها و تقویت شفافیت، به تحقق اهداف توسعه پایدار کمک کنند.

۶. بیانیه آدلاید^۱

بیانیه آدلاید یکی از مهم‌ترین اسناد پایه‌ای در تعریف و توسعه مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها» است. این بیانیه در سال ۲۰۱۰ توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) در کنفرانسی با محوریت سیاست‌گذاری سلامت در شهر آدلاید استرالیا منتشر شد. هدف اصلی این بیانیه تأکید بر ضرورت همکاری بین‌بخشی برای ادغام اهداف سلامت در تمامی سیاست‌های عمومی بود. اصول کلیدی بیانیه آدلاید عبارت است از: الف) سلامت به‌عنوان حق بشری: این بیانیه تأکید می‌کند که سلامت نه تنها حق اساسی برای همه افراد است، بلکه ابزاری ضروری برای دستیابی به توسعه پایدار به‌شمار می‌رود. ب) همکاری بین‌بخشی: یکی از نکات کلیدی بیانیه این است که بخش سلامت به‌تنهایی نمی‌تواند مسئول ارتقای سلامت عمومی باشد؛ دیگر بخش‌ها مانند آموزش، حمل‌ونقل، محیط زیست، و مسکن نیز باید تأثیر سیاست‌های خود بر سلامت را در نظر بگیرند و در فرایند تصمیم‌گیری همکاری کنند. ج) ارزیابی تأثیر سلامت: بیانیه آدلاید، ارزیابی تأثیر سلامت را به‌عنوان ابزاری برای پیش‌بینی پیامدهای بالقوه سیاست‌های عمومی بر سلامت معرفی کرد. این ابزار به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد، پیش از اجرای سیاست‌ها، تأثیرات مثبت و منفی آنها را بر سلامت عمومی شناسایی کنند. د) عدالت اجتماعی: این بیانیه بر اهمیت کاهش نابرابری‌های سلامت تأکید می‌کند. برای تحقق این هدف، سیاست‌گذاری‌ها باید به‌گونه‌ای طراحی شود که از گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم حمایت کند.

بیانیه آدلاید به‌عنوان سنگ بنای مفهوم سلامت در همه سیاست‌ها، زمینه را برای تدوین راهبردهای ملی در کشورهایی مانند فنلاند، استرالیا، و سوئد فراهم کرد و به‌طور گسترده در برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت مورد استفاده قرار گرفت (Organization, 2010).

۷. گزارش «سلامت در همه سیاست‌ها: چارچوبی برای اقدام کشورها»^۲

در سال ۲۰۱۳، سازمان جهانی بهداشت گزارشی با عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها: چارچوبی برای اقدام کشورها» منتشر کرد که یکی از جامع‌ترین اسناد درباره رویکرد سلامت در همه

1. Adelaide Statement

2. Health in All Policies: Framework for Country Action

سیاست‌ها به‌شمار می‌رود. هدف این گزارش ارائه چارچوبی عملیاتی برای کشورها به‌منظور اجرای این رویکرد و شناسایی موانع اجرایی آن بود (Organization, 2014). در این گزارش، چارچوبی پنج مرحله‌ای برای اجرای سلامت در همه سیاست‌ها ارائه شد که مراحل آن عبارت است از:

- شناسایی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت: این مرحله بر درک عواملی تمرکز می‌کند که به‌صورت غیر مستقیم بر سلامت تأثیر می‌گذارد، مانند شرایط اقتصادی، محیط زیستی و فرهنگی
- ایجاد ظرفیت نهادی برای هماهنگی بین‌بخشی: تأکید بر توسعه ساختارها و فرایندهایی برای همکاری بین بخش‌های گوناگون دولت و سازمان‌ها به‌منظور تضمین اجرای موفق سیاست‌های سلامت‌محور

- تقویت ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت: استفاده از ابزارهای علمی و عملی برای پیش‌بینی و ارزیابی تأثیر سیاست‌های گوناگون بر سلامت
- نظارت و ارزیابی نتایج سیاست‌ها: تأکید بر تحلیل و ارزیابی پیوسته تأثیرات سیاست‌ها به‌منظور اطمینان از دستیابی به اهداف سلامت
- ایجاد سازوکارهای پایش و اصلاح: استقرار سازوکارهایی برای پایش مداوم، اصلاح سیاست‌ها و تطبیق آن‌ها با شرایط جدید

این چارچوب، رویکردی جامع و عملیاتی ارائه می‌کند که کشورها می‌توانند با استفاده از آن، سیاست‌های مبتنی بر سلامت را به‌طور مؤثر در برنامه‌های توسعه‌ای خود ادغام کنند؛ همچنین در این گزارش به چالش‌های اصلی اجرای رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها از جمله؛ کمبود هماهنگی بین‌بخشی (بسیاری از کشورها ساختارهای مناسب برای تعامل بین‌بخشی ندارند)، مقاومت سیاست‌گذاران در بخش‌های غیر مرتبط با سلامت (سیاست‌گذاران ممکن است تأثیرات سلامت را به‌عنوان اولویت در نظر نگیرند) و کمبود ظرفیت نهادی (در برخی کشورها، نهادهای دولتی تخصص یا منابع کافی را برای اجرای این رویکرد ندارند) اشاره کرده است.

در این گزارش به‌منظور زمینه‌سازی تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها، پیشنهادی زیر ارائه شده است:

- آموزش سیاست‌گذاران در بخش‌های گوناگون درباره اهمیت سلامت در همه سیاست‌ها

- تخصیص منابع مالی و انسانی برای تقویت هماهنگی بین‌بخشی

- استفاده از شواهد علمی برای افزایش آگاهی عمومی و حمایت از اجرای این سیاست‌ها (Organization, 2014).

این گزارش به‌عنوان راهنمای عملی برای کشورها در تدوین راهبردهای ملی برای ادغام سلامت در سیاست‌های عمومی شد. برای مثال، فنلاند از چارچوب این گزارش برای طراحی برنامه جامع سلامت عمومی خود استفاده کرد؛ همچنین این گزارش به توسعه ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت در کشورهایی مانند کانادا و نیوزلند کمک کرد (Shankardass et al., 2018).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت، سلامت در همه سیاست‌ها نه تنها ابزار سیاست‌گذاری، بلکه ضرورتی برای دستیابی به عدالت اجتماعی و توسعه پایدار است. بیانیه آدلاید و گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی، همگی بر اهمیت همکاری بین‌بخشی، ارزیابی تأثیر سلامت و تمرکز بر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت تأکید دارند. این مفاهیم پایه‌های نظری و عملی برای اجرای موفقیت‌آمیز این رویکرد در سطوح ملی و بین‌المللی فراهم می‌کند.

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه با استفاده از روش مرور روایتی انجام شده است که یکی از روش‌های متداول در تجزیه و تحلیل ادبیات علمی به‌شمار می‌رود. این روش برای جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و تفسیر یافته‌های موجود در یک حوزه خاص به‌کار گرفته می‌شود. برخلاف مرور سیستماتیک که به‌طور ساختارمند و بر اساس معیارهای دقیق به ارزیابی داده‌ها می‌پردازد، مرور روایتی بر تحلیل کیفی و توصیفی اطلاعات متمرکز است و امکان بررسی روندهای تحول، تحلیل دیدگاه‌های گوناگون، شناسایی شکاف‌های پژوهشی و ارائه مسیرهایی برای پژوهش‌های آینده را فراهم می‌کند. در این پژوهش، سه پرسش کلیدی مورد بررسی قرار گرفته است: شرایط و الزامات مورد نیاز برای اجرای رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها چیست؟ موانع و چالش‌های پیش روی تحقق این رویکرد کدام است؟ پیامدها و تأثیرات اجرای این رویکرد بر نظام حکمرانی سلامت چگونه است؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها، جست‌وجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus و SID انجام شد و از ترکیب کلیدواژه‌های "Health in All Policies"، "HiAP"، "Health Governance" و معادل‌های فارسی آن‌ها استفاده شد. این جست‌وجو در محدوده زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ انجام شد تا مطالعات جدید و مرتبط با موضوع پژوهش شناسایی شود. معیارهای ورود به

مطالعه شامل مقالاتی بود که به بررسی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها (HiAP) و ارتباط آن با حکمرانی سلامت پرداخته‌اند؛ در نشریات معتبر علمی منتشر شده‌اند؛ به زبان انگلیسی یا فارسی و دارای روش‌شناسی شفاف و مستند هستند. در برابر، مقالاتی که تنها به سیاست‌گذاری سلامت پرداخته، اما پیوند مشخصی با HiAP نداشتند؛ دسترسی به متن کامل آن‌ها امکان‌پذیر نبود؛ روش‌شناسی ضعیفی داشتند؛ مرورهای روایتی‌ای بودند که بدون ارائه تحلیل جدید، تنها به جمع‌بندی مطالعات پیشین پرداخته‌اند، از مطالعه خارج شدند.

در مرحله نخست، ۴۷۲ مقاله شناسایی شد که پس از حذف موارد تکراری، ۳۲۱ مقاله باقی ماند. در مرحله دوم غربالگری، ۲۲۳ مقاله به دلیل عدم ارتباط با سؤالات پژوهش یا عدم دسترسی به متن کامل کنار گذاشته شد. در مرحله بعد، ۹۸ مقاله مورد بررسی دقیق قرار گرفت که ۶۶ مورد به دلیل نداشتن اطلاعات مرتبط با موضوع پژوهش یا کیفیت نامناسب روش‌شناسی حذف شدند. سرانجام، ۳۲ مقاله به عنوان منابع نهایی این پژوهش انتخاب شد.

یافته‌ها

نتایج بررسی مقالات در این مرور روایتی که بر الزامات، چالش‌ها و پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» متمرکز است به شرح جدول ذیل است.

جدول ۱. یافته‌های به دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۱	From Health in All Policies to Health for All Policies (Greer et al., 2022)	S Greer	جهانی	تحلیلی	تقویت همکاری بین‌بخشی میان وزارتخانه‌ها و بخش‌های گوناگون دولتی تدوین ابزارها و ارزیابی تأثیرات سیاست‌های سلامت ایجاد راه‌حل‌های برد - برد که اهداف مشترک را تحقق بخشد. شناسایی و بهره‌گیری از منافع مشترک میان سیاست‌های سلامت و دیگر حوزه‌ها	مقاومت برخی سیاست‌گذاران نسبت به دیدگاه سلامت‌محور تعارضات میان پاسخگویی و منافع کوتاه‌مدت اقتصادی سختی در هماهنگی میان ذی‌نفعان گوناگون ضعف ساختارهای بین‌بخشی و نگرانی درباره تخصیص منابع	بهبود سلامت عمومی و کاهش نابرابری‌های سلامت کاهش هزینه‌های اقتصادی از طریق جلوگیری از پرداخت‌های درمانی سنگین تقویت تاب‌آوری جوامع در برابر بحران‌ها

ادامه جدول ۱. یافته‌های به دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۲	Evidence and Power in EU Governance of Health Promotion: Discursive Obstacles to a "Health in All Policies" Approach (Godziewski, 2020)	Charlotte Godziewski	اروپا	مروری	هماهنگی فرابخشی و ایجاد تعهد سیاسی حمایت از سیاست‌گذاری بین‌بخشی	تمرکز بر شواهد پزشکی و اقتصادی که مانع از توجه به ابعاد اجتماعی و ساختاری سلامت می‌شود مقاومت در برابر یکپارچه‌سازی مثبت به دلیل نبود تقارن قانون اساسی اتحادیه اروپا و اولویت اقتصاد بر سیاست‌های اجتماعی	بهبود سلامت عمومی و کاهش عوامل اجتماعی تعیین‌کننده بیماری‌های غیر واگیر فراهم‌سازی چارچوب مناسب برای هم‌افزایی میان بخش‌های گوناگون دولتی و غیر دولتی ایجاد فرصت برای تغییرات ساختاری و سیاسی در راستای ارتقای عدالت در سلامت
۳	Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity (Artiga & Hinton, 2018)	Artiga M	امریکا	مروری و تحلیلی	شناسایی و ادغام عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سیاست‌ها و برنامه‌های گوناگون استفاده از داده‌ها و شواهد برای تصمیم‌گیری بهتر ایجاد چارچوب‌های حکمرانی شفاف و متناسب با سطوح گوناگون نظام سلامت	تداخلات بین بخشی و جریان‌های مالی مستقل در هر بخش نبود دسترسی کافی به منابع و خدمات مرتبط با نیازهای شناسایی شده نواقص و ناسازگاری‌های داده‌های موجود برای تحلیل و ارزیابی پیچیدگی همکاری بین بخش‌های دولتی و غیر دولتی	بهبود شاخص‌های سلامت با کاهش نابرابری‌های سلامت تقویت پاسخگویی، شفافیت و کارایی در نظام حکمرانی افزایش پایداری و هماهنگی بین سیاست‌های بهداشتی و غیر بهداشتی ارتقای سلامت عمومی با تمرکز بر مداخلات مبتنی بر شواهد و داده‌ها

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۴	Improving health across sectors: Best practices for the implementation of health in all policies approaches (Cain et al., 2022)	Maria Guglielmin	جهانی	مرور دامنه‌ای	تعهد سیاسی و رهبری فعال در سطح محلی و ملی ایجاد چشم‌انداز مشترک میان ذی‌نفعان تخصیص بودجه و کارکنان اختصاصی استفاده از ارزیابی تأثیر سلامت تدوین شاخص‌های ارزیابی و نظارت بر عملکرد	نیود اراده و حمایت سیاسی از سوی دولت‌ها نیود همکاری و هماهنگی کافی بین نهادهای گوناگون کمبود منابع مالی پایدار موانع ساختاری در نظام‌های موجود نا توانی در تطبیق سیاست‌ها با نیازهای محلی	کاهش نابرابری‌های سلامت کاهش بار بیماری‌های مزمن بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از بیماری‌ها تقویت همکاری بین سیاست‌گذاران محلی و ملی
۵	Health assessments for health governance — concepts and methodologies (Fehr et al., 2017)	Rainer Fehr	اروپا	مروری و تطبیقی (مطالعه توصیفی و مقایسه‌ای)	غلبه بر تفکر بخشی (Silo thinking) و همکاری بین انواع ارزیابی‌های سلامت ایجاد فرهنگ یکپارچه ارزیابی سلامت برای حمایت از سیاست‌گذاری‌های شواهدمحور شفافیت در مفروضات و تصمیمات ارزیابی‌های سلامت مشارکت همه‌جانبه ذی‌نفعان و بازیگران مرتبط توسعه زیرساخت‌های دانش و ابزارهای کاربردی برای ارزیابی‌های سلامت افزایش آگاهی عمومی سیاست‌گذاران از نقش ارزیابی سلامت در بهبود حکمرانی سلامت	موازی‌کاری و نیود هماهنگی بین انواع ارزیابی‌های سلامت ناپایداری مفهومی و استفاده از تعاریف و روش‌های گوناگون وجود منافع متضاد و فشارهای گروه‌های ذی‌نفع پیچیدگی مسائل اخلاقی مانند ارزش‌گذاری زندگی انسانی در ارزیابی‌های اقتصادی نیود دستورالعمل‌ها و رهنمودهای هماهنگ برای ارزیابی‌های سلامت محدودیت‌های داده‌ها و چالش‌های ارزیابی‌های بین‌بخشی	استفاده از ارزیابی سلامت به‌عنوان جعبه ابزار کارآمد برای حل مشکلات واقعی سلامت افزایش کارایی با جلوگیری از موازی‌کاری و بهبود همکاری بین ارزیابی‌های گوناگون ارتقای پاسخگویی و شفافیت در سیاست‌گذاری‌های سلامت بهبود یکپارچگی داده‌ها و ابزارهای ارزیابی در سطح محلی، ملی و بین‌المللی توانمندسازی نقش سلامت در سیاست‌گذاری فرابخشی

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۶	Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action (De Leeuw, 2017)	Evelyn de Leeuw	بین‌المللی	مقاله مروری	مشارکت بخش‌های غیر بهداشتی در توسعه و اجرای سیاست‌های سلامت بازطراحی نهادها برای هماهنگی و ادغام بین‌بخشی استفاده از رویکردهای مبتنی بر شواهد توجه به مشارکت عمومی و فرایندهای تصمیم‌گیری مشارکتی	نبود فرهنگ همکاری بین‌بخشی و استمرار تفکر سیلویی یکپارچه‌نبودن سامانه‌ها و نبود هماهنگی در ساختارهای اجرایی پیچیدگی فرایندهای سیاست‌گذاری و مقاومت سیاسی در برابر ادغام سیاست‌های سلامت نابرابری‌های سلامت	بهبود سلامت عمومی با توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت افزایش مشارکت جوامع در فرایندهای سیاست‌گذاری بهره‌وری اقتصادی و توسعه پایدار از طریق سیاست‌های سلامت‌محور کاهش هزینه‌های ناشی از بیماری‌های مزمن و نابرابری‌های سلامت
۷	The case for “environment in all policies”: Lessons from the “health in all policies” approach in public health (Browne & Rutherford, 2017)	Geoffrey R. Browne	جهانی	تحلیلی - مقایسه‌ای	رهبری قوی و پایدار از سوی یک نهاد مرکزی انجام تحلیل‌های مستقل برای ارزیابی پیامدهای سیاست‌ها وجود چمپیون (حامی مؤثر) برای معرفی و پیشبرد رویکرد ایجاد فرهنگ پاسخگویی برای تأثیرات سیاست‌ها بر سلامت	دوره‌های کوتاه انتخابات و ناپایداری در اولویت‌های سیاسی مقاومت ناشی از تفکر بخشی‌نگر در سازمان‌های دولتی نبود ابزارهای مؤثر برای شناسایی تأثیرات سلامت در سیاست‌های غیر بهداشتی پیچیدگی ذاتی ارزیابی تأثیرات اجتماعی و بین‌بخشی سیاست‌ها نیاز به تحلیل‌های پیچیده و الگوسازی برای پیش‌بینی تأثیرات	ارتقای پاسخگویی سیاست‌گذاران برای تأثیرات تصمیم‌گیری بر سلامت پرهیز از تأثیرات منفی و افزایش هم‌افزایی در سیاست‌های فرابخشی شفاف‌سازی تأثیرات سیاست‌ها و تسهیل درک پیامدهای اجتماعی تقویت تصمیم‌گیری‌های شواهدمحور و بهبود نتایج سلامت افزایش برابری در سلامت و کاهش نابرابری‌های اجتماعی

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۸	Policy development and decision making in prevention science (McQueen, 2017)	McQueen D	جهانی	مروری	تقویت همکاری بین‌بخشی و شناسایی فرصت‌های سیاست‌گذاری برای ادغام ملاحظات سلامت	نبود تعهد سیاسی کافی در کشورهای در حال توسعه	کاهش هزینه‌های درمانی از طریق پیشگیری و کنترل عوامل خطر
۹	Frameworks to assess health systems governance: a systematic (Pyone et review al., 2017a)	Pyone T	بین‌المللی	مرور سامانمند	ایجاد چارچوب‌های حکمرانی شفاف و متناسب با سطوح گوناگون نظام سلامت، تعامل مؤثر بین سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی، تقویت ظرفیت سازمانی برای اجرای سیاست‌های سلامت، شفافیت در فرایندها و پاسخگویی به ذی‌نفعان استفاده از داده‌ها و شواهد برای تصمیم‌گیری بهتر	نبود چارچوب‌های عملیاتی در بسیاری از زمینه‌ها مقاومت فرهنگی و نهادی در برابر تغییرات مورد نیاز نابرابری در منابع و ظرفیت‌های سازمانی میان مناطق گوناگون نبود همکاری و هماهنگی بین بخش‌های مرتبط	بهبود شاخص‌های سلامت با کاهش نابرابری‌های سلامت تقویت پاسخگویی، شفافیت و کارایی در نظام حکمرانی، افزایش همکاری و هم‌افزایی بین‌بخشی مدیریت بهینه منابع و کاهش هدررفت بودجه تضمین پایداری نظام‌های سلامت از طریق حکمرانی شفاف
۱۰	Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application (Baum et al., 2014)	Baum F	استرالیا	کیفی	ایجاد ساختارهای سازمانی برای تسهیل تعاملات بین‌بخشی	کمبود منابع مالی و نیروی انسانی برای اجرای HiAP	HiAP، ابزاری مؤثر برای رویارویی با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت
۱۱	Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? (Carey et al., 2014)	Carey G	استرالیا	کمی	وجود چارچوب‌های پایش و ارزیابی تأثیر سیاست‌ها بر سلامت	پیشچیدگی در ارزیابی اثربخشی HiAP در بلندمدت	ارتقای عدالت اجتماعی از طریق سیاست‌گذاری‌های سلامت‌محور

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۱۲	Intersectoral working and Health in All Policies (Wismar & Martin-Moreno, 2014)	Wismar M	جهانی	گزارش	توسعه ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت (HIA) برای پایش پیشرفت اجرای HiAP	نبود سامانه‌های نظارتی استاندارد برای ارزیابی داده‌ها	شواهد کمی نشان‌دهنده تأثیر مثبت HiAP بر کاهش هزینه‌های درمانی هستند.
۱۳	A new governance space for health (Kickbusch & Szabo, 2014)	Kickbusch I	سوئیس	مروری	تأکید بر حکمرانی منعطف و فراگیر برای ارتقای سلامت	تطابق نداشتن سیاست‌های کلان با چارچوب‌های عملیاتی در بخش‌های گوناگون	کاهش بار بیماری‌های غیر واگیر و بهبود سلامت عمومی
۱۴	Making the Most of Open Windows: Establishing Health in All Policies in South Australia (Kickbusch et al., 2014)	Kickbusch I	استرالیا	مروری	تقویت ساختارهای حکمرانی سلامت از طریق آموزش و توانمندسازی مدیران	محدود بودن اهرم‌های مستقیم کنترل نظام سلامت بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت وابستگی به شرایط مساعد سیاسی و فرصت‌های محدود برای تغییر دشواری هماهنگی و همکاری بین‌بخشی در سطوح دولتی	کاهش بار بیماری‌های مزمن کنترل رشد هزینه‌های بهداشتی بهبود سلامت جمعیت از طریق پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت توسعه سیاست‌های بین‌بخشی مؤثر در حوزه سلامت
۱۵	Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy (Kutzin, 2013)	Kutzin J	جهانی	گزارش	استفاده از روش‌های نوین تأمین مالی برای اجرای HiAP	کمبود منابع مالی و نبود بودجه اختصاصی برای HiAP	HiAP هزینه‌های مرتبط با بیماری‌های پیشگیری‌پذیر را کاهش می‌دهد.
۱۶	Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action (Organization, 2014)	WHO	جهانی	گزارش	ارائه ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت (HIA) و آموزش کارکنان بخش‌های گوناگون برای شناسایی تأثیر سیاست‌ها بر سلامت عمومی	نبود ابزارهای استاندارد برای ارزیابی پیامدهای سلامت	نیاز به کاهش بار بیماری‌ها و هزینه‌های درمانی از طریق سیاست‌های پیشگیرانه

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۱۷	Rethinking the Politics and Implementation of Health in All Policies (Wismar et al., 2013)	Matthias Wismar	امریکا	تفسیری تحلیلی	ایجاد ساختارهای بین‌بخشی برای همکاری میان وزارتخانه‌ها و ذی‌نفعان پشتیبانی سیاسی قوی و تعهد دولت‌ها برای تقویت هماهنگی بین‌بخشی استفاده از تحلیل‌های غیر خطی به‌جای چرخه‌های سیاست‌گذاری مطلوب برای معرفی تغییرات سیاستی تأکید بر مشارکت بین‌المللی و نهادهای فراملی برای رویارویی با راهبردهای مداخله صنایع زیانبار درک و توجه به بافت و شرایط خاص هر کشور و مسئله سلامت (اجرای متغیر سیاست‌ها در کشورهای گوناگون) نیاز به تحلیل سیاست‌ها و حکمرانی برای ارتقای پاسخگویی در برابر سلامت در تمام بخش‌ها	ضعف یا نداشتن تعهد سیاسی و حمایت کافی برای هماهنگی بین‌بخشی تلاش‌های صنایع برای نفوذ و اعمال فشار، مانند ایجاد شک و شبهه در داده‌های علمی و همکاری با بخش‌های تجاری دیگر تفاوت در پذیرش و اجرای قوانین در کشورهای گوناگون و حتی بین مسائل مختلف (مثلاً احترام به ممنوعیت سیگار در برابر بی‌توجهی به قوانین کنترل الکل) مقاومت ساختارهای دیوان‌سالارانه و گسترش تفکر بخشی‌نگر (Silo thinking) تهدیداتی مانند کاهش بودجه در شرایط ریاضت اقتصادی و پایدارنبودن حمایت‌های مالی.	افزایش توجه سیاسی و اجتماعی به مسائل سلامت و قرار دادن سلامت در صدر اولویت‌های سیاسی تدوین و اجرای سیاست‌های جامع و پایدار برای کاهش بیماری‌های قابل پیشگیری مانند چاقی پاسخگویی بخش‌های گوناگون دولت و جامعه در برابر آثار سیاست‌ها بر سلامت عمومی کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود نتایج سلامت جمعیت تقویت نقش وزارت بهداشت به‌عنوان هماهنگ‌کننده بین‌بخشی و ارتقای همکاری‌های بین‌المللی

ادامه جدول ۱. یافته‌های به دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۱۸	WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (Marmot et al., 2012)	Marmot M	اروپا	مرور نظامند	تدوین سیاست‌هایی مبتنی بر شواهد برای کاهش نابرابری‌ها گنجاندن سلامت در تمامی سطوح تصمیم‌گیری بین‌بخشی تقویت ظرفیت دولت‌ها و سازمان‌ها برای تحقق عدالت در سلامت تمرکز بر بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی و عوامل تعیین‌کننده سلامت توسعه ابزارها و سازوکارهای ارزیابی تأثیرات سیاست‌ها	مقاومت در برابر تغییرات ساختاری در سیاست‌ها نبود هماهنگی مؤثر بین بخش‌های گوناگون دولتی و غیر دولتی کمبود منابع مالی و نیروی انسانی برای اجرای سیاست‌ها دشواری در ایجاد ابزارهای ارزیابی و نظارت بر سیاست‌های بین‌بخشی تأثیر منافع اقتصادی و سیاسی بر اجرای سیاست‌های سلامت	کاهش نابرابری‌های سلامت در جامعه بهبود کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر ارتقای عدالت اجتماعی و اقتصادی از طریق سیاست‌های سلامت‌محور بهبود سلامت عمومی و کاهش بار بیماری‌ها ایجاد محیط‌های اجتماعی و اقتصادی مساعد برای زندگی سالم افزایش شفافیت و اعتماد در نظام‌های حکمرانی سلامت
۱۹	HiAP is based on the fundamental values of human rights and equity. (Leppo et al., n.d.)	Leppo K	فنلاند	مطالعه موردی	وجود ساختارهای حمایتی قوی و تعهد دولتی در تمامی سطوح سیاست‌گذاری	کمبود اطلاعات و داده‌های مربوط به ارزیابی تأثیرات سلامت	بهبود سلامت عمومی از طریق کاهش عوامل خطر مانند مصرف دخانیت
۲۰	Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences (McQueen et al., 2012)	David V. McQueen	بین‌المللی	مطالعه موردی	تشکیل کمیته‌های بین‌بخشی مانند کمیته‌های کابینه و واحدهای بین‌بخشی تدوین اهداف مشترک و شاخص‌های ارزیابی مشارکت عمومی و درگیرکردن ذی‌نفعان تخصیص بودجه مشترک و تأمین مالی اختصاصی برای اقدامات بین‌بخشی استفاده از داده‌ها و شواهد مشترک برای تصمیم‌گیری	نبود فرهنگ همکاری میان بخش‌های غیر بهداشتی نبود هماهنگی و هم‌افزایی میان بخش‌های گوناگون پیچیدگی فرایندهای تصمیم‌گیری و تضاد منافع بین بخش‌ها کمبود منابع مالی پایدار برای اجرای سیاست‌ها مشکلات در نظارت و ارزیابی تأثیرات سیاست‌های بین‌بخشی	بهبود سلامت عمومی و افزایش عدالت در سلامت کاهش هزینه‌های ناشی از بیماری‌های غیر واگیر افزایش بهره‌وری اقتصادی از طریق بهبود سلامت عمومی ارتقای همکاری بین بخش‌های گوناگون برای دستیابی به اهداف مشترک

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۲۱	Physical activity recommendations and guidelines based on a new paradigm (Koh, 2010)	Kohl HW	جهانی	کیفی	تدوین سیاست‌های شهری و زیست‌محیطی برای ترویج فعالیت بدنی	نبود منابع مالی پایدار برای حمایت از سیاست‌های ترویجی	کاهش شیوع بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت و بیماری‌های قلبی
۲۲	Implementing health in all policies: Adelaide 2010 (Kickbusch & Buckett, 2010)	Kickbusch I	سوئیس	مروری	نیاز به همکاری بین‌بخشی قوی و هماهنگی میان بخش‌های گوناگون دولت برای دستیابی به اهداف مشترک	کمبود هماهنگی و تعامل میان وزارتخانه‌ها و بخش‌های غیر بهداشتی	HiAP می‌تواند عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را کاهش دهد و عدالت اجتماعی را ارتقا بخشد.
۲۳	سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران (تبار و سجادی، ۱۴۰۳)	عبداله تبار	ایران	مطالعه تاریخی	اتخاذ سیاست‌هایی که بر عدالت اجتماعی تأکید دارند. تدوین راهبردهای جامع بین‌بخشی در سیاست‌گذاری سلامت تغییر ساختارهای نهادی برای تقویت توسعه پایدار و سلامت اجتماعی استفاده از درس‌های تاریخی برای اتخاذ سیاست‌های مسئولانه و قابل اجرا توجه به عوامل مؤثر مانند اقتصاد، تاریخ، فرهنگ و سیاست در تغییرات نظام سلامت	وابستگی ساختار دولت به درآمدهای نفتی مداخله گسترده دولت در اقتصاد و سیاست ناکارآمدی دیوان‌سالاری دولتی و فساد ناشی از آن نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت بین مناطق و اقشار گوناگون جامعه تعدد سیاست‌ها و مراجع تصمیم‌گیری که به موازی‌کاری منجر می‌شود. تضعیف توانایی سیاست‌گذاری به دلیل مشکلات مالی و ساختاری	ایجاد عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های سلامت توسعه خدمات سلامت به مناطق محروم و اقشار آسیب‌پذیر فراهم‌سازی توسعه پایدار با مشارکت بخش‌های گوناگون جامعه

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۲۴	بررسی اثرات عوامل اقتصادی و اجتماعی بر سلامت در ایران (علیچان‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)	محمدعلی علیچان‌زاده	ایران	مطالعه تحلیلی - توصیفی	کنترل نرخ بیکاری و افزایش نرخ مشارکت اقتصادی بهینه‌سازی هزینه‌های خدمات سلامت و دسترسی به خدمات با کیفیت توجه به ابعاد خانوار و شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه	فقر و نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی در جامعه.	افزایش امید به زندگی در جامعه کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود شاخص‌های سلامت
۲۵	مروری بر نقش مشارکت جامعه در برنامه‌های ارتقای سلامت (کشاوری و محمدی و باباقری، ۱۳۹۸)	نسترن کشاوری محمدی	ایران	مروری روایتی	بسیج منابع محلی و ایجاد چشم‌انداز از پروژه پیروی از هنجارهای عملیاتی و ارزش‌های مشارکت سپردن مسئولیت‌های اجرایی و مدیریتی به ذینفعان	استفاده ابزاری از مشارکت جامعه عدم استانداردسازی مشارکت محدودیت در تعمیم نتایج مطالعات به جوامع مختلف عدم توجه کافی به عوامل اجتماعی زمینه‌ساز	کاهش نابرابری‌های سلامت بهبود شاخص‌های سلامت تقویت همکاری اجتماعی و بسیج منابع محلی توسعه پایدار و افزایش کارآمدی برنامه‌ها
۲۶	تحلیل همکاری بین‌بخشی نظام سلامت ایران به‌منظور پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها و راه آینده (دماری و همکاران، ۱۳۹۸)	بهزاد دماری	ایران	مروری	بهبود عملکرد دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توانمندسازی مدیران و کارشناسان نظام سلامت و دیگر دستگاه‌ها تدوین برنامه جامع سلامت کشور و استان‌ها تدوین برنامه‌های جلب حمایت مسئولان ارشد کشور، یکپارچه‌سازی ساختارهای مرتبط برای ارتقای همکاری بین‌بخشی	کمبود دانش و مهارت‌های همکاری بین‌بخشی، ضعف فرهنگ و رفتار سازمانی، نداشتن انگیزه کافی مدیران و کارکنان نبود چشم‌انداز مشخص و برنامه جامع همکاری بین‌بخشی اجرای ناقص یا تأخیری مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نبود نظام ثبت اطلاعات همکاری‌های بین‌بخشی و ضعف هماهنگی و یکپارچگی درون و بین‌بخشی جایگاه ضعیف سلامت در هرم اولویت‌های سیاستمداران و دستگاه‌ها و ضعف ساختاری در مدیریت تغییر و فرهنگ همکاری گروهی	بهبود شاخص‌های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر و ارتقای عوامل محافظت‌کننده کاهش نابرابری‌های اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی افزایش بهره‌وری در عملکرد دستگاه‌های گوناگون ارتقای همکاری بین‌بخشی و هم‌افزایی منابع در حوزه سلامت و بهبود شاخص‌های توسعه پایدار و تحقق عدالت در سلامت

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۲۷	فهم منطق متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای (وحدانی‌نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷).	ولی‌الله وحدانی‌نیا	ایران	مطالعه کیفی به روش تحقیق اسنادی	وجود اراده سیاسی برای تعهد به سلامت در تمامی بخش‌ها تقویت همکاری بین‌بخشی و هماهنگی فرابخشی تمرکز بر راهبردهای ارتقای سلامت و پیشگیری در نظر گرفتن سلامت به‌عنوان هدف مشترک در تمامی سیاست‌ها بکارگیری شبکه حکمرانی چندسطحی و چندذی‌نفعی ایفای نقش میانجی و تسهیل‌گر توسط بخش سلامت توسعه سیاست‌های عمومی مبتنی بر ارزش‌های مشترک و همکاری اجتماعی	تعارض منافع بین بخش‌های گوناگون سیاست‌گذاری نبود اولویت‌دهی به سلامت در دیگر بخش‌ها ساختارهای دیوانسالارانه و تداخل نقش‌ها پیشچیدگی و چندعاملی بودن عوامل مؤثر بر سلامت مقاومت ذی‌نفعانی که از وضعیت موجود سود می‌برند. کمبود شواهد و داده‌های عملی برای تأثیر سیاست‌های سلامت‌محور فشارهای اقتصادی و اجتماعی که بر دیگر بخش‌ها تأثیر می‌گذارد.	ارتقای فرصت‌های برابر برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی سلامت بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی ارتقای کارآمدی برنامه‌های عمومی و سیاست‌های اجتماعی کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و افزایش بهره‌وری اقتصادی تقویت توسعه پایدار با توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی افزایش هماهنگی بین‌بخشی و بهبود نظام‌های تصمیم‌گیری پیشگیری از بروز بیماری‌ها و کاهش بار بیماری‌های مزمن
۲۸	مروری بر مفاهیم بند دوم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (رمضان‌خانی و همکاران، ۱۳۹۷)	علی رمضان‌خانی	ایران	مروری و تحلیلی	تبیین دقیق مفاهیم و شاخص‌های بند دوم سیاست‌های کلی سلامت تدوین برنامه‌های جامع برای اولویت پیشگیری بر درمان به‌روز کردن برنامه‌های بهداشتی و درمانی بر اساس نیازهای نوین جامعه تدوین و اجرای پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای	ضعف باور به مسئولیت‌پذیری سلامت در میان دستگاه‌های دولتی مانند وزارت رفاه و صنعت نبود بهره‌گیری مناسب وزارت بهداشت از اختیارات خود در سیاست‌گذاری و نظارت کمبود هماهنگی بین‌بخشی و نبود ساختار یکپارچه برای تحقق رویکرد سلامت چالش‌های فرهنگی و اجتماعی در درک و اجرای رویکرد سلامت همه‌جانبه نبود زیرساخت‌های اطلاعاتی برای نظارت بر سلامت و پیشگیری از عوامل خطر	ارتقا شاخص‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در جامعه کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت با تکیه بر شواهد علمی افزایش بهره‌وری نظام سلامت از طریق اولویت پیشگیری بر درمان ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و کاهش پرداخت‌های کمرشکن

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۲۹	تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، چالش‌ها و راهکارهای اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی (زبالی و سنایی نسب، ۱۳۹۳)	روح الله زبالی	ایران	کیفی	توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توسعه ساختارها و برنامه‌ریزی مناسب پژوهش‌ها و شواهد مبتنی بر داده‌ها	تأثیر مستقیم مشکلات اقتصادی بر نابرابری در سلامت رویکرد بالینی و توجه ناکافی به عوامل محیطی مسئولیت‌پذیری نبودن سازمان‌ها و نبود حسابرسی اجتماعی در کشور	بهبود عدالت اجتماعی و ارتقای وضعیت سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر تمرکز بر برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت به‌جای درمان‌محوری ایجاد تعامل و هماهنگی بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مسئول برای توجه به سلامت در سیاست‌گذاری‌ها
۳۰	تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران (جوهری و همکاران، ۱۳۹۹)	فاطمه جوهری	ایران	تحلیل محتوا	توجه به سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی ارتقای آموزش سلامت و آگاه‌سازی عمومی تحقق عدالت در سلامت (دسترسی برابر به خدمات بهداشتی) برنامه‌ریزی جامع بین‌بخشی و هماهنگی میان حوزه‌های سلامت	نوسان در عناصر سیاست‌گذاری سلامت در برنامه‌های گوناگون تأثیر تغییرات دولت‌ها و گرایش‌های سیاسی بر برنامه‌ریزی سلامت نبود سیاست‌گذاری جامع و هماهنگ تمرکز بیش از حد بر درمان به‌جای پیشگیری و ارتقای سلامت ضعف هماهنگی‌های درون‌بخشی و میان‌بخشی	گسترش عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌ها در سلامت بهبود شاخص‌های رفاه اجتماعی و سلامت عمومی ارتقای کیفیت زندگی و توسعه پایدار کاهش هزینه‌های درمانی با تمرکز بر پیشگیری
۳۱	رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها: الزامات، چالش‌ها و پیامدها (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲)	فاطمه رضایی	ایران	مروری	تعهد سیاسی مناسب شفافیت در سیاست‌گذاری مشارکت عمومی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد همکاری‌های بین‌بخشی	نبود هماهنگی بین‌بخشی محدودیت منابع مالی در دسترس نبودن داده‌های معتبر مقاومت ذی‌نفعان ضعف در نظارت و ارزیابی	بهبود شاخص‌های سلامت جامعه کاهش هزینه‌های سلامت افزایش بهره‌وری در سیاست‌گذاری ارتقای همکاری بین‌بخشی دستیابی به توسعه پایدار

ادامه جدول ۱. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی مقالات

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده اول	مکان	نوع مطالعه	الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	چالش‌های تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»	پیامدها و تأثیرات اتخاذ رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»
۳۲	سیاست اجتماعی و سلامت (بابایی، ۱۳۸۲)	نعمت‌الله بابایی	ایران	مروری	تدوین راهبردهای معقول و مؤثر برای همکاری بین‌بخشی در حوزه‌هایی مانند کشاورزی، آموزش، اقتصاد، مسکن، خدمات اجتماعی و اشتغال تقویت و حمایت مالی و سیاسی از اقدامات اجتماعی سلامت هدایت تشکیلات بهداشتی و سلامت در هر کشور سرمایه‌گذاری برای سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی	اثرات منفی ناشی از نابرابری، مانند افزایش جنایت، خشونت و آسیب‌های اجتماعی عادلانه‌نبودن توزیع امکانات و فرصت‌های دسترسی به خدمات سلامت لزوم درگیرکردن بخش‌های خارج از حوزه سلامت در تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌ها	بهبود شاخص‌های بهداشتی در جوامع کم‌درآمد کاهش هزینه‌های تحمیل‌شده بر جامعه از طریق ارتقای سلامت ایجاد توسعه پایدار در جامعه افزایش مشارکت مردم‌سالارانه در تمامی سطوح اجتماعی و سیاسی فراهم‌سازی زمینه بهره‌گیری از منابع حیاتی با وجود سلامت قابل قبول در جامعه

داده‌های مرتبط با الزامات تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»، «چالش‌های تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها» و «پیامدها و تأثیرات رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها» به شرح جدول‌های شماره ۲ تا ۴ تجمیع و دسته‌بندی شد.

جدول ۲. الزامات تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

دسته‌بندی کلی	زیر دسته	الزامات و اقدامات
حکمرانی و سیاست‌گذاری	تعهد سیاسی و رهبری	تعهد سیاسی و رهبری فعال در سطح محلی و ملی
		وجود اراده سیاسی برای تعهد به سلامت در تمامی بخش‌ها
		رهبری قوی و پایدار از سوی یک نهاد مرکزی
	شفافیت و پاسخگویی	شفافیت در مفروضات و تصمیمات ارزیابی‌های سلامت
		شفافیت در فرایندها و پاسخگویی به ذی‌نفعان
		ایجاد فرهنگ پاسخگویی برای تأثیرات سیاست‌ها بر سلامت
	هماهنگی و همکاری بین‌بخشی	ایجاد ساختارهای بین‌بخشی برای همکاری میان وزارتخانه‌ها و ذی‌نفعان
		تقویت همکاری بین‌بخشی و هماهنگی فرابخشی
		وجود چارچوب‌های پایش و ارزیابی تأثیر سیاست‌ها بر سلامت
	ابزارهای حکمرانی	توسعه ابزارها و سازوکارهای ارزیابی تأثیرات سیاست‌ها

ادامه جدول ۲. الزامات تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

دسته‌بندی کلی	زیر دسته	الزامات و اقدامات
برنامه‌ریزی و اجرا	برنامه‌ریزی راهبردی	ایجاد چشم‌انداز مشترک میان ذی‌نفعان
		تدوین برنامه‌های جامع برای اولویت پیشگیری بر درمان
		تدوین راهبردهای جامع بین‌بخشی در سیاست‌گذاری سلامت
	منابع و تأمین مالی	تخصیص بودجه و کارکنان اختصاصی
تخصیص بودجه مشترک و تأمین مالی اختصاصی برای اقدامات بین‌بخشی		
توسعه زیرساخت‌ها	توسعه زیرساخت‌ها	توسعه زیرساخت‌های دانش و ابزارهای کاربردی برای ارزیابی‌های سلامت
		ارائه ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت و آموزش کارکنان
		افزایش آگاهی سیاست‌گذاران از نقش ارزیابی سلامت در بهبود حکمرانی سلامت
		آگاه‌سازی عمومی
فرهنگ‌سازی و مشارکت عمومی	آگاهی‌بخشی	توجه به سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی
		مشارکت عمومی و درگیرکردن ذی‌نفعان
	مشارکت	پیروی از هنجارهای عملیاتی و ارزش‌های مشارکت
		سپردن مسئولیت‌های اجرایی و مدیریتی به ذی‌نفعان
ارزیابی و نظارت	شاخص‌ها و نظارت	تدوین شاخص‌های ارزیابی و نظارت بر عملکرد
		توسعه ابزارهای ارزیابی تأثیر سلامت
		استفاده از داده‌ها و شواهد مشترک برای تصمیم‌گیری
	تحلیل و پژوهش	انجام تحلیل‌های مستقل برای ارزیابی پیامدهای سیاست‌ها
توجه به پژوهش‌ها و شواهد مبتنی بر داده‌ها		
عدالت اجتماعی و پایداری	عدالت در سلامت	استفاده از تحلیل‌های غیرخطی برای معرفی تغییرات سیاستی
		تحقق عدالت در سلامت (دسترسی برابر به خدمات بهداشتی)
		تدوین سیاست‌هایی مبتنی بر شواهد برای کاهش نابرابری‌ها
	پایداری	تقویت ظرفیت دولت‌ها و سازمان‌ها برای تحقق عدالت در سلامت
تأکید بر حکمرانی منعطف و فراگیر برای ارتقای سلامت		
رویکردهای بین‌المللی	همکاری‌های بین‌المللی	تغییر ساختارهای نهادی برای تقویت توسعه پایدار و سلامت اجتماعی
		تأکید بر مشارکت بین‌المللی و نهادهای فراملی
	یادگیری از تجربیات	یادگیری از تجربیات
توجه به اجرای متغیر سیاست‌ها در کشورهای گوناگون		

جدول ۳. چالش‌های تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

دسته‌بندی کلی	زیر دسته	چالش‌ها
چالش‌های ساختاری و مدیریتی	ساختارهای دیوان‌سالارانه و تفکر بخشی‌نگر	موازی‌کاری و نبود هماهنگی بین ارزیابی‌های سلامت
		یکپارچه‌نبودن سامانه‌ها و نبود هماهنگی در ساختارهای اجرایی
		ضعف ساختاری در مدیریت تغییر و فرهنگ همکاری گروهی
		پیچیدگی فرایندهای تصمیم‌گیری و تضاد منافع بین بخش‌ها
	ضعف در حکمرانی و مدیریت بین‌بخشی	نبود هماهنگی مؤثر بین بخش‌های گوناگون دولتی و غیر دولتی
		نبود همکاری و هماهنگی کافی بین نهادهای گوناگون

ادامه جدول ۳. چالش‌های تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

دسته‌بندی کلی	زیر دسته	چالش‌ها
چالش‌های ساختاری و مدیریتی	ضعف در حکمرانی و مدیریت بین‌بخشی	در دسترس نبودن داده‌های معتبر و ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی
	کمبود منابع مالی و نیروی انسانی	ضعف نظارت و ارزیابی سیاست‌های بین‌بخشی
		کمبود منابع مالی پایدار برای اجرای سیاست‌ها
		محدودبودن بودجه اختصاصی برای HiAP
چالش‌های فرهنگی و اجتماعی	مقاومت در برابر تغییرات فرهنگی و نهادی	مقاومت فرهنگی و ظرفیت‌های سازمانی میان مناطق گوناگون
	آگاه‌نبودن و درک عمومی از اهمیت سلامت بین‌بخشی	نبود فرهنگ همکاری میان بخش‌های غیر بهداشتی
		ضعف فرهنگ و رفتار سازمانی و نبود انگیزه کافی مدیران و کارکنان
		استفاده ابزاری از مشارکت جامعه
چالش‌های سیاسی و اقتصادی	نبود اراده و حمایت سیاسی	ناپایداری مفهومی و استفاده از تعاریف و روش‌های گوناگون
	فشارهای اقتصادی و مالی	نبود برنامه جامع برای آگاه‌سازی عمومی و سیاست‌گذاران
		نبود تعهد سیاسی در کشورهای در حال توسعه
		دوره‌های کوتاه انتخابات و ناپایداری در اولویت‌های سیاسی
چالش‌های عملیاتی و فنی	محدودیت در طراحی و اجرای سیاست‌ها	تأثیر تغییرات دولت‌ها و گرایش‌های سیاسی بر برنامه‌ریزی سلامت
	فشار گروه‌های ذی‌نفع و صنایع	تأثیر مشکلات اقتصادی بر نابرابری در سلامت
		وابستگی ساختار دولت به درآمدهای نفتی و عدم پایداری اقتصادی
		تهدید کاهش بودجه در شرایط ریاضت اقتصادی
تضاد منافع و فشارهای خارجی	محدودیت در داده‌ها و ابزارهای ارزیابی	نواقص و ناسازگاری‌های داده‌های موجود برای تحلیل و ارزیابی
	نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی	پیچیدگی در ارزیابی اثربخشی HiAP در بلندمدت
		نبود ابزارهای استاندارد برای ارزیابی پیامدهای سلامت
		عدم توانایی تطبیق سیاست‌ها با نیازهای محلی
چالش‌های مرتبط با عدالت اجتماعی	محدودیت در دسترسی به خدمات سلامت بین مناطق و اقشار گوناگون	تأثیر مستقیم فقر و نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی بر سلامت
	عدم تأمین عدالت در سلامت	نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و فرصت‌ها برای دسترسی به خدمات سلامت
		عدم تمرکز سیاست‌ها بر کاهش نابرابری‌ها

جدول ۴. پیامدها و تأثیرات رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

پیامدها و تأثیرات	زیر دسته	دسته‌بندی کلی
ارتقای عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های سلامت	کاهش نابرابری‌های سلامت	بهبود سلامت عمومی
توسعه خدمات سلامت به مناطق محروم و اقشار آسیب‌پذیر		
افزایش فرصت‌های برابر به‌منظور سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی سلامت		
کاهش بار بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بیماری‌های قلبی	کاهش بار بیماری‌ها	
پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر و کاهش عوامل خطر		
کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت با تکیه بر شواهد علمی		
افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی	بهبود کیفیت زندگی	
ارتقای شاخص‌های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی		
تقویت نقش وزارت بهداشت به‌عنوان هماهنگ‌کننده بین‌بخشی	همکاری بین نهادهای دولتی و غیر دولتی	تقویت همکاری و هماهنگی بین‌بخشی
ایجاد تعامل و هماهنگی بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مسئول		
فراهم‌سازی چارچوب مناسب برای هم‌افزایی میان بخش‌های گوناگون		
ارتقای پاسخگویی سیاست‌گذاران برای تأثیرات تصمیم‌گیری بر سلامت	افزایش شفافیت و پاسخگویی	
افزایش شفافیت و اعتماد در سامانه‌های حکمرانی سلامت		
کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری‌های مزمن	کاهش هزینه‌های درمانی	کاهش هزینه‌های مرتبط با سلامت
کاهش هزینه‌های مرتبط با بیماری‌های پیشگیری‌پذیر		
افزایش بهره‌وری اقتصادی از طریق بهبود سلامت عمومی	افزایش بهره‌وری اقتصادی	
مدیریت بهینه منابع و کاهش هدررفت بودجه		
تقویت توسعه پایدار با توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی	پایداری و توسعه اجتماعی	توسعه پایدار و عدالت اجتماعی
ایجاد محیط‌های اجتماعی و اقتصادی مناسب برای زندگی سالم		
بهبود شاخص‌های رفاه اجتماعی و سلامت عمومی	ارتقای شاخص‌های اجتماعی	
ارتقای کیفیت زندگی و توسعه پایدار		
تقویت تصمیم‌گیری‌های شواهدمحور	تدوین سیاست‌های مبتنی بر داده‌ها	تقویت سیاست‌گذاری شواهدمحور
تدوین و اجرای سیاست‌های جامع و پایدار برای کاهش بیماری‌های قابل پیشگیری		
ارتقای یکپارچگی داده‌ها و ابزارهای ارزیابی در سطح محلی، ملی و بین‌المللی		
استفاده از ارزیابی سلامت به‌عنوان جعبه‌ابزاری کارآمد برای حل مشکلات	بهبود ارزیابی و نظارت	
تقویت تاب‌آوری جوامع در برابر بحران‌ها		تاب‌آوری در برابر بحران‌ها
کاهش تأثیر بحران‌های اجتماعی و اقتصادی بر سلامت	تقویت هم‌افزایی سیاست‌ها	
پرهیز از تأثیرات منفی و افزایش هم‌افزایی در سیاست‌های فرابخشی		
افزایش مشارکت جوامع در فرایندهای سیاست‌گذاری	افزایش مشارکت مردم‌سالارانه	ارتقای آموزش و مشارکت اجتماعی
بسیج منابع محلی و ارتقای تعاملات اجتماعی		
افزایش توجه سیاسی و اجتماعی به مسائل سلامت	آگاهی‌بخشی و آموزش	
گسترش آموزش و آگاه‌سازی عمومی در حوزه سلامت		

بحث

در رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»، به‌عنوان راهبردی جامع در حوزه سیاست‌گذاری سلامت، تلاش می‌شود ملاحظات سلامت در تمامی بخش‌ها و سیاست‌ها ادغام شود. یافته‌های این مطالعه به‌طور روشن نشان می‌دهد که اتخاذ این رویکرد می‌تواند نقش مهمی در کاهش نابرابری‌های سلامت، بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهره‌وری اقتصادی داشته باشد. در جدول‌های ۲، ۳ و ۴ که در بخش یافته‌ها آمده است، جنبه‌های کلیدی HiAP به تفصیل بیان شده است. در این بخش، هر یک از این جنبه‌ها با عمق بیشتری تحلیل و بررسی می‌شود.

برای تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»، ایجاد تغییرات ساختاری و فرهنگی در نظام حکمرانی سلامت ضروری است. یکی از الزامات کلیدی برای این کار، تعهد سیاسی پایدار است. بدون حمایت سیاسی قوی و پایدار در سطح ملی و محلی، اجرای این رویکرد امکان‌پذیر نخواهد بود. مطالعات متعدد نشان داده است که تعهد سیاسی می‌تواند به بسیج منابع و ایجاد هماهنگی میان بخش‌ها کمک کند (Cain et al., 2022; Organization, 2014)؛ همچنین شفافیت و پاسخگویی در فرایندهای تصمیم‌گیری از جمله الزامات دیگر برای پایداری HiAP است. توسعه چارچوب‌های شفاف برای نظارت و ارزیابی می‌تواند اعتماد عمومی را تقویت، و تعامل میان بخش‌ها را آسان کند (Kickbusch & Gleicher, 2012a). علاوه بر این، توسعه ظرفیت سازمانی از طریق آموزش مدیران و کارکنان برای ارتقای مهارت‌های بین‌بخشی و تقویت ساختارهای اداری از عوامل کلیدی موفقیت این رویکرد به‌شمار می‌آید (Wismar et al., 2013; Wismar & Martin-Moreno, 2014). استفاده از ابزارهایی مانند ارزیابی تأثیرات سلامت (HIA) نیز به سیاست‌گذاران این امکان را می‌دهد که تأثیرات تصمیم‌گیری‌ها بر سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند (Pyone et al., 2017b).

چالش‌های متعددی نیز در مسیر تحقق این رویکرد هست که ممکن است مانع اجرای مؤثر HiAP شود. یکی از این چالش‌ها، تفکر بخشی‌نگر است که سبب تمایل نداشتن بخش‌های گوناگون دولتی به همکاری و نگاه سیلویی به وظایف خود می‌شود. این مشکل به‌ویژه در نظام‌هایی که ساختارهای دیوانسالارانه قوی دارند، بیشتر به چشم می‌آید (McQueen et al., 2012). کمبود منابع مالی پایدار نیز یکی دیگر از موانع بزرگ است؛ چرا که تأمین بودجه کافی و مستمر برای برنامه‌های HiAP در بسیاری از کشورها دشوار است. این موضوع سبب می‌شود

بخش‌های غیر بهداشتی به سرمایه‌گذاری در سیاست‌های سلامت تمایلی نداشته باشند (Godziewski, 2020; McQueen et al., 2012). علاوه بر این، مقاومت فرهنگی و نهادی در برابر تغییرات مورد نظر برای پذیرش HiAP نیز از دیگر چالش‌ها است. این مقاومت بیشتر به دلیل نیاز به تغییرات فرهنگی در سازمان‌ها و جوامع بروز می‌کند (Cain et al., 2022; Koh, 2010). در نهایت، پیچیدگی ارزیابی تأثیرات سیاست‌های غیر بهداشتی بر سلامت یکی دیگر از چالش‌های اساسی است که به تحلیل‌های بین‌بخشی و داده‌های جامع نیاز دارد که معمولاً در دسترس نیست (McQueen, 2017).

پیامدهای مثبت و گسترده HiAP در سه حوزه کلیدی قابل تحلیل است. اولین حوزه، بهبود شاخص‌های سلامت است. HiAP در کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود شاخص‌های مرتبط با کیفیت زندگی نقش مهمی دارد. این رویکرد به کاهش شیوع بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت و بیماری‌های قلبی از طریق مداخلات پیشگیرانه کمک می‌کند و سبب افزایش امید به زندگی و کاهش بار بیماری‌های مزمن می‌شود (Godziewski, 2020; Wismar et al., 2013). همچنین این رویکرد به بهبود دسترسی به خدمات سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر کمک می‌کند. دومین حوزه، تقویت حکمرانی و هماهنگی بین‌بخشی است. HiAP به ارتقای حکمرانی سلامت از طریق ایجاد ساختارهای بین‌بخشی و تقویت پاسخگویی کمک می‌کند. شفافیت و پاسخگویی به ذی‌نفعان می‌تواند اعتماد عمومی به سیاست‌گذاران را افزایش دهد (Greer et al., 2022). سومین حوزه، مزایای اقتصادی و اجتماعی است. از طریق کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش بهره‌وری نیروی کار، HiAP به مزایای اقتصادی قابل توجهی منجر می‌شود. برای مثال، کاهش هزینه‌های ناشی از بیماری‌های پیشگیری‌پذیر مانند چاقی و مصرف دخانیات، یکی از دستاوردهای مهم این رویکرد است (Pyone et al., 2017b).

با توجه به ساختار حکمرانی سلامت در ایران و نقش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، این نهاد می‌تواند به عنوان مرجع اصلی برای هماهنگی و تصمیم‌گیری‌های بین‌بخشی در حوزه سلامت ایفای نقش کند. پیشنهاد می‌شود که شورا با تقویت و گسترش کمیته‌های بین‌بخشی و بهره‌گیری از مشارکت همه‌جانبه ذی‌نفعان، مسئولیت ادغام ملاحظات سلامت در تمامی سیاست‌ها را به صورت نظام‌مند و جامع بر عهده گیرد. برای تحقق رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»، تدوین برنامه‌های

اجرایی و اتخاذ تدابیر دقیق برای تثبیت سلامت به عنوان یک اولویت بین بخشی در سیاست گذاری ها ضروری است. اجرای این رویکرد مستلزم اقدامات زیر است:

۱. تقویت نقش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: این شورا باید به عنوان نهاد مرکزی هماهنگ کننده، هدایت سیاست گذاری های بین بخشی را بر عهده داشته باشد و برنامه های ملی را با ادغام ملاحظات سلامت در تمامی بخش ها پیش ببرد.

۲. ایجاد پیوست سلامت برای سیاست ها و طرح های کلان توسعه ای: لازم است تمامی طرح های بزرگ ملی و منطقه ای با پیوست سلامت همراه باشند تا تأثیرات آن ها بر سلامت عمومی پیش بینی و مدیریت شود.

۳. افزایش شفافیت و پاسخگویی: طراحی و اجرای سازوکارهای نظارتی قوی برای پایش و ارزیابی سیاست ها، با تمرکز بر پیامدهای سلامت و ایجاد سامانه گزارش دهی عمومی برای ارتقای شفافیت ضروری است.

۴. ارتقای ظرفیت بین بخشی: آموزش و توانمندسازی مدیران و کارشناسان در بخش های گوناگون، برای تقویت هماهنگی و ادغام ملاحظات سلامت در تصمیم گیری ها، از اقدامات اساسی به شمار می آید.

۵. تخصیص منابع پایدار: تأمین مالی پایدار و کافی برای حمایت از سیاست گذاری های سلامت محور باید به عنوان اولویت جدی در نظر گرفته شود.

۶. ارتقای مشارکت ذی نفعان و جامعه: با جلب مشارکت فعال سازمان های مردم نهاد، دانشگاه ها و جامعه مدنی، پابندی و تعهد به اهداف سلامت در تمام سطوح افزایش خواهد یافت.

۷. استفاده از داده ها و شواهد علمی: بهره گیری از شواهد علمی در تصمیم گیری ها و به کارگیری فناوری های نوین در پایش و تحلیل داده ها، به اثربخشی و کارآمدی سیاست ها کمک شایانی خواهد کرد.

نتیجه گیری

رویکرد HiAP ابزاری قدرتمند برای بهبود سلامت عمومی، کاهش نابرابری های سلامت و تقویت حکمرانی است. با این حال، تحقق کامل آن نیازمند تعهد سیاسی، هماهنگی بین بخشی و منابع مالی پایدار است. یافته های این مطالعه که مبتنی بر بررسی و ارزیابی ۳۲ مقاله از ۴۷۳ مقاله

استخراج‌شده در بازه زمانی ۲۰۱۰ - ۲۰۲۴ است، نشان می‌دهد که HiAP می‌تواند تأثیرات قابل توجهی در کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش بهره‌وری اقتصادی و ارتقای عدالت اجتماعی داشته باشد. برای دستیابی به این اهداف، لازم است که سیاست‌گذاران بر تقویت همکاری بین‌بخشی، استفاده از ابزارهای ارزیابی و نظارت و درگیرکردن جامعه تمرکز کنند.

به‌طور کلی، HiAP نه‌تنها به‌عنوان راهبرد سلامت، بلکه به‌عنوان ابزاری برای توسعه پایدار اجتماعی و اقتصادی مطرح است. سرمایه‌گذاری در این رویکرد می‌تواند نتایج فراتر از حوزه سلامت ایجاد، و به برپایی جوامع تاب‌آور و پایدار کمک کند. تجربیات بین‌المللی نیز نشان می‌دهد که موفقیت HiAP به تعهد سیاسی، شفافیت و استفاده از داده‌های مبتنی بر شواهد وابسته است. برای دستیابی به این موفقیت، به برنامه‌ریزی جامع و رویکردی همه‌جانبه نیاز است که تمام بخش‌ها و ذی‌نفعان را درگیر کند. در نهایت، HiAP باید به‌عنوان یک اولویت راهبردی در سیاست‌گذاری‌های ملی و بین‌المللی در نظر گرفته شود.



فهرست منابع

- زابلی، روح‌الله و سنایی‌نسب، هومن (۱۳۹۳). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، چالش‌ها و راهکارهای اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی، **فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران**، ۲(۱): ۵ - ۱۶.
- بابایی، نعمت‌اله (۱۳۸۲). سیاست اجتماعی و سلامت، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، ۳(۱۰): ۲۰۱ - ۲۳۲.
- دماری، بهرام؛ وثوق مقدم، عباس؛ ملک افضل، شهرام؛ رستمی‌گوران، نوشین؛ سالاریان‌زاده، محمدحسین (۱۳۹۹). تحلیل همکاری بین‌بخشی نظام سلامت ایران به‌منظور پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها و راه آینده، **فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی**، ۱۸(۱): ۱ - ۱۶.
- اشجعی، بهنام؛ سلیمانی‌زاده، امیر؛ رهایی، علیرضا (۱۴۰۱). راهکارهای کم‌هزینه و زودبازده برای کاهش آلودگی هوا، **ماهنامه گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی**.
- تبار، عبدالله و سجادی، حمیرا (۱۴۰۳). سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، ۲۴(۹۴): ۹ - ۴۸.
- رمضانخانی، محمد؛ محمدلو، سعید؛ تبریزی، سیده‌مهدی؛ وثوق مقدم، عباس؛ رخشانی، نصرت‌الله؛ وزیریان، سیروس؛ محمدی، علی (۱۳۹۷). مروری بر مفاهیم بند دوم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، **نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت**، ۲(۲): ۱۴۹ - ۱۵۹.
- جواهری، فاطمه؛ صفری شالی، رضا؛ مهدوی‌کنده، داود (۱۳۹۹). تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران، **فصلنامه مسائل اجتماعی ایران**، ۱۱(۱): ۶۳ - ۸۷.
- رضایی، فاطمه و زارعی، فاطمه (۱۳۹۲). رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها (نامه به سردبیر)، **تحقیقات نظام سلامت**، ۹(۲): ۱۱۱ - ۱۱۳.
- علی‌زاده‌فر، محمدعلی؛ کریمی، محمود؛ عباسی، ژاله؛ محمدی، محمد (۱۴۰۰). بررسی اثرات عوامل اقتصادی و اجتماعی بر سلامت در ایران، **مجله علمی - پژوهشی حکیم**، ۲۴(۲): ۱۶۰ - ۱۷۱.
- کشاورزکریمی، نسترن؛ بابا‌فخری، فرح‌السادات (۱۳۹۸). مروری بر نقش مشارکت جامعه در برنامه‌های ارتقاء سلامت، **تصویر سلامت**، ۱۰(۴): ۳۱۰ - ۳۱۸.
- وحدانی‌نیا، ولی‌اله؛ وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۷). فهم منطق متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت، **پایش**، ۱۷(۶): ۶۳۱ - ۶۴۶.

Reference

- Artiga, S., & Hinton, E. (2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. **Kaiser Family Foundation**, 10.
- Baum, F., Lawless, A., Delany, T., Macdougall, C., Williams, C., Broderick, D., Wildgoose, D., Harris, E., Mcdermott, D., Kickbusch, I., Popay, J., & Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. **Health**

- Promotion International,** 29(suppl_1), i130-i142.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dau032>
- Browne, G. R., & Rutherford, I. D. (2017). The case for “environment in all policies”: Lessons from the “health in all policies” approach in public health. **Environmental Health Perspectives**, 125(2), 149–154.
- Cain, R., Greece, J. A., Galea, S., Knight, E. K., Manco, A., Parikh, A., & Jones, D. K. (2022). Improving health across sectors: Best practices for the implementation of health in all policies approaches. **Preventive Medicine Reports**, 29, 101961.
- Carey, G., Crammond, B., & Keast, R. (2014). Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? **BMC Public Health**, 14, 1–11.
- Collins, J., & Koplan, J. P. (2009). Health impact assessment: a step toward health in all policies. **JAMA**, 302(3), 315–317.
- Damari, B., Rostamigoozan, N., Salarianzadeh, M. H., & Malekafzali, S. (2020). Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward (This Research was Conducted Before the Covid-19 Pandemic). **Sjsph**, 18(1), 1–16. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5859-fa.html>
- De Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. **Annual Review of Public Health**, 38(1), 329–349.
- Esteghamati, A., Etemad, K., Koohpayehzadeh, J., Abbasi, M., Meysamie, A., Noshad, S., Asgari, F., Mousavizadeh, M., Rafei, A., & Khajeh, E. (2014). Trends in the prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in association with obesity in Iran: 2005–2011. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 103(2), 319–327.
- Fehr, R., Alexanderson, K., Favaretti, C., De Jong, J., La Torre, G., Lim, T.-A., Martin-Olmedo, P., Mekel, O. C. L., Michelsen, K., & Rosenkötter, N. (2017). Health assessments for health governance—concepts and methodologies. **The European Journal of Public Health**, 27(4), 609–616.
- Godziewski, C. (2020). Evidence and power in EU governance of health promotion: discursive obstacles to a “Health in All Policies” approach. **JCMS: Journal of Common Market Studies**, 58(5), 1307–1324.
- Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M., & Figueras, J. (2022). From health in all policies to health for all policies. **The Lancet Public Health**, 7(8), e718–e720.
- Haines, A., Kovats, R. S., Campbell-Lendrum, D., & Corvalán, C. (2006). Climate change and human health: impacts, vulnerability, and mitigation. **The Lancet**, 367(9528), 2101–2109.
- Hunter, D. J., & Killoran, A. (2004). **Tackling health inequalities: turning policy into practice**. Citeseer.
- Khreis, H., May, A. D., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2017). Health impacts of urban transport policy measures: A guidance note for practice. **Journal of Transport & Health**, 6, 209–227. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jth.2017.06.003>
- Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). **Implementing health in all policies: Adelaide 2010**. Health in All Policies Unit, SA Department of Health Adelaide.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2012a). **Governance for health in the 21st century**.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2012b). **Governance for health in the 21st century.**

Kickbusch, I., & Szabo, M. M. C. (2014). A new governance space for health. **Global Health Action**, 7(1), 23507.

Kickbusch, I., Williams, C., & Lawless, A. (2014). Making the most of open windows: establishing health in all policies in South Australia. **International Journal of Health Services**, 44(1), 185–194.

Koh, K. W. (2010). Physical activity recommendations and guidelines based on a new paradigm. **Journal of the Korean Medical Association**, 53(12), 1139–1146.

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. **Bulletin of the World Health Organization**, 91, 602–611.

Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (n.d.). Key messages• HiAP is based on the fundamental values of human rights and equity. **Health in All Policies**, 325.

Lin, V., & Kickbusch, I. (2017). **Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world.** Department for Health and Ageing.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, 365(9464), 1099–1104.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, 380(9846), 1011–1029.

McQueen, D. V. (2017). Policy development and decision making in prevention science. **The Cambridge Handbook of International Prevention Science**, 21–42.

McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M., & Organization, W. H. (2012). **Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences.** World Health Organization. Regional Office for Europe.

Organization, W. H. (1947). Constitution the World Health Organization. **WHO Chron**, 1, 29–41.

Organization, W. H. (2010). Adelaide statement on health in all policies. **Adelaide: Government of South Australia.**

Organization, W. H. (2014). **Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.**

Organization, W. H. (2016). Taxes on sugary drinks: why do it? **In Taxes on sugary drinks: Why do it?**

Pekka, P. (2008). **The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases.**

Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017a). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. **Health Policy and Planning**, 32(5), 710–722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>

Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017b). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. **Health Policy and Planning**, 32(5), 710–722.

Shankardass, K., Muntaner, C., Kokkinen, L., Shahidi, F. V., Freiler, A., Oneka, G., M Bayoumi, A., & O'Campo, P. (2018). The implementation of Health in All Policies

initiatives: a systems framework for government action. **Health Research Policy and Systems**, 16, 1–10.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. WHO Document Production Services.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies. **Prospects and Potentials**, 2006.

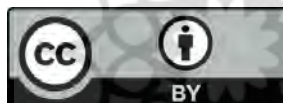
Washington, T. (2016). For HM and EU of the cost of air pollution: strengthening the economic case for action. **The World Bank and Institute for Health Metrics and Evaluation University of Washington, Seattle**.

Wismar, M., & Martin-Moreno, J. M. (2014). Intersectoral working and Health in All Policies. **Facets of Public Health in Europe**, 199–216.

Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (2013). Rethinking the politics and implementation of health in all policies. **ISR Journal of Health Policy Research**, 2, 1–3.

COPYRIGHTS

© 2024 by the authors. Published by The National Defense University. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی