



## Facilitators and barriers of Intersectoral Collaboration in Health Program Implementation: A scoping review

Marziyeh Najafi <sup>1</sup> , Ali Mohammad Mosadeghrad <sup>2</sup>, Mohammad Arab <sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Researcher, Social Determinant of Health Research Center, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran.

<sup>2</sup> Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### ARTICLE INFO

Corresponding Author:  
**Mohammad Arab**  
e-mail addresses:  
**arabmoha@tums.ac.ir**

Received: 23/Jun/2023  
Modified: 16/Sep/2023  
Accepted: 20/Sep/2023  
Available online: 19/Jun/2024

#### Keywords:

Intersectoral collaboration  
Policy  
Barrier  
Facilitator  
Health programs

### ABSTRACT

**Introduction:** Intersectoral collaboration (ISC) in health program implementation refers to coordinated efforts between the health system and other departments to enhance effective and efficient results. Different missions and goals of organizations make it challenging for their management to establish effective communication. This review was conducted to identify facilitators and barriers for intersectoral collaboration in health program implementation.

**Methods:** This scoping review was conducted using the Arksey & O'Malley framework. The search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science databases, and Google and Google Scholar search engines with related keywords without time limitation until April 2023. The data analysis was conducted using the framework analysis method.

**Results:** After the screening, 27 studies concerning the barriers and facilitator of ISC were chosen. Facilitators and barriers were classified into two categories: those within the healthcare system, including governance and leadership, financing, human resources, facilities and equipment, information systems, and health service delivery, and those outside of it, encompassing political, economic, social, technological, environmental, and legal factors.

**Conclusion:** Anticipating potential obstacles in interdepartmental cooperation can mitigate many challenges during program implementation. Strengthening ISC is anticipated to facilitate the implementation of health programs and the attainment of goals.

## Extended Abstract

**Introduction**

Various factors affecting people's health lie outside the health sector. [1] Therefore, promoting community health depends mainly on political decisions outside the health system. The appropriate participation of the ministry of health with other sectors can accelerate the achievement of the sustainable goals of the health system. [2] The world health organization (WHO) defines Intersectoral collaboration (ISC) as a well-established relationship between health and other sectors that aims to achieve more effective, efficient, and sustainable health outcomes. [3] To establish effective communication between two or more departments, in addition to bringing together stakeholders, efforts should also be made to maintain the coordination established during the implementation of programs. [4] Implementing a program involving multiple departments is inherently complex due to each department's differing goals and nature. Other difficulties in implementing a joint project include a need for shared values and goals, the complexity of health programs, leadership, and resource allocation. [5] Intersectoral cooperation can be strengthened through several methods, such as providing financial resources, establishing appropriate governance and leadership, designing proper process management structures, and using patterns and models of intersectoral collaboration (ISC). [6] There are undoubtedly many challenges in engaging this broad spectrum, given the need to involve multiple sectors in health program implementation and the diversity of stakeholders. This study aimed to identify facilitators and barriers of ISC through a scoping review.

**Methods**

The scoping review was conducted in 2022 using Arksey and O'Malley's scoping review model. [7] Firstly, based on the

purpose of this study, two research questions were formulated:

- 1) What obstacles does intersectoral collaboration in health programs implementation face?
- 2) What facilitators have been used to remove existing obstacles in intersectoral collaboration in health programs implementation?

To identify the relevant documents, a search was then carried out using relevant keywords in both English and Persian. The keywords used were intersectoral, intrasectoral, multisectoral, cross-sectoral, collaboration, partnership, action, policy, cooperation, health, health sector, and healthcare. We searched three English-language databases (PubMed, Scopus, and Web of Science) and the search engines Google and Google Scholar. Relevant studies were identified by title or abstract, and the search had no time limit. The PRISMA flowchart was used to report the results of the documents. [8]

We established the following criteria for obtaining documents related to the research topic: 1) access to full text, 2) English and Persian languages, 3) any type of study (review, original, report, thesis, conference abstract, book, etc.), 4) addressing research questions. Two authors reviewed and screened the studies. In cases of disagreement, a third author's opinion and group discussion were used to reach a decision. Then we classified and reported the selected documents using the data collection form, following a clear and logical structure. Finally, the findings were summarised and reported using Ritchie and Spener's framework analysis method, which includes getting to know the data, identifying the thematic framework, indexing, drawing a diagram, and interpreting and analyzing the results. [9] The content analysis of the selected documents was carried out using

MAXQDA-20 software to code and manage the findings.

## Results

The facilitators and barriers of ISC were divided into two categories: within and

outside the health system. Internal barriers and facilitators were divided based on the six building blocks of the health systems suggested by WHO [10] (Table 1).

Table 1. Internal barriers and facilitators of implementing collaborative programmes

Main Theme		Barriers	Facilitators
Leadership and management	Policy making and planning	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of evidence and documentation for decision-making</li> <li>- Lack of definition of expected outcomes from collaborative programs</li> <li>- Lack of predictability of time requirements for different activities in collaborative programs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidence-based decision-making in developing health policies and programs</li> <li>- Joint planning with the presence of representatives of key stakeholders</li> <li>- Stakeholders' agreement on expected results from the program</li> <li>- Focus on short-term outcomes of health programs.</li> </ul>
	Stewardship	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poor leadership of joint programs</li> <li>- Poor communication among employees</li> <li>- Poor internal and external coordination</li> <li>- Tension and uncertainty between key stakeholders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supportive and collaborative leadership in the implementation of collaborative programs</li> <li>- Forming a leadership team with a representative from key stakeholders.</li> <li>- Establishing appropriate interaction between departments</li> <li>- Planning involving key stakeholders</li> <li>- Emphasis on shared interests between stakeholders</li> </ul>
	Monitoring and evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of indicators to measure stakeholders' participation</li> <li>- Weak monitoring of joint programs</li> <li>- Failure to use evaluation results in planning and modifying measures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuous evaluation of health programs</li> <li>- Provide program implementation results feedback to all stakeholders</li> <li>- Taking corrective measures based on evaluation results.</li> </ul>
Financial resource	Financing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of sustainable financial resources to implement health programmes</li> <li>- Lack of a health-related tax collection mechanism</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allocating the budget line to each department</li> <li>- Designing a mechanism to collect health taxes and allocate them to the implementation of health programs.</li> <li>- Raising funds through the participation of donors and non-governmental organizations</li> </ul>
	Accumulation and distribution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of a mechanism to distribute financial resources among the organizations involved in a collaborative program</li> <li>- Lack of allocation of financial resources to all organizations involved in a collaborative program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sharing resources between organizations involved in a collaborative program</li> <li>- Developing a mechanism for sharing financial resources based on the role of each stakeholder</li> </ul>
Human resource	Sufficient manpower	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insufficient human resources in the ministry of health to implement and monitor inter-ministerial programs</li> <li>- High workload for health workers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifying a coordinator for joint programs in different organizations</li> <li>- Using volunteers to participate in health programs</li> </ul>
	Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insufficient employee knowledge of shared processes</li> <li>- Weak communication between departments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Increase motivation of health workers</li> <li>- Training staff in effective interdepartmental communication</li> </ul>
Facilities and Equipment	Infrastructure and facilities	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of attention to intersectoral relationships in health programmes</li> <li>- Failure to provide an organizational structure suitable for interdepartmental processes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attention to intersectoral communication in health programs</li> <li>- Designing an appropriate structure for intersectoral actions</li> </ul>
	Equipment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unavailability of equipment needed for program implementation</li> <li>- Lack of equipment sharing between key stakeholders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Providing equipment according to program and departmental needs</li> <li>- Sharing equipment between key stakeholders</li> </ul>

Table 1. Continue

Main Theme		Barriers	Facilitators
Health information system	Integrated communication systems	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of an integrated data collection system</li> <li>- Limited data-sharing</li> <li>- Poor inter-organisational communication arrangements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Designing integrated information systems</li> <li>- Preparation of a report on the results of joint actions</li> <li>- Facilitate data sharing</li> <li>- Providing a stable communication infrastructure according to common programs</li> </ul>
	Interdisciplinary research	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insufficient studies on multisectoral cooperation</li> <li>- Insufficient intersectoral partnership models</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interdisciplinary research</li> <li>- Comparative studies and modelling from other fields</li> </ul>
Providing healthcare services	Implementing shared processes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of joint process definition</li> <li>- Inadequate operational support for implementing joint programs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Designing implementing Tools</li> <li>- Modify and define shared processes</li> <li>- Provide support for the implementation of shared processes</li> </ul>
	Health program based on intersectoral collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of a comprehensive framework for organisations' participation in health programs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mainstreaming health in all policies</li> <li>- Developing the framework for intersectoral collaboration</li> <li>- Attracting support from other organisations in the health sector</li> </ul>
	Preparation and management of joint programs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unclear roles and responsibilities of different organizations</li> <li>- Lack of shared values and objectives among stakeholders</li> <li>- Weaknesses in complying with health-related regulations in other sectors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defining the roles and responsibilities of each organizations</li> <li>- Identifying shared values and goals</li> <li>- Assessing the need for services related to health programs</li> </ul>

The PESTEL framework [11], described in Table 2, was used to analyse the external factors affecting intersectoral collaboration.

Table 2. Barriers and facilitators to ISC outside the health sector

Main Theme	Barriers	Facilitators
Political	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instability of health policy</li> <li>- Lack of political commitment to implementing health programs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paying special attention to cooperation between organizations in health programs</li> <li>- Generating political commitment in the implementation of health programs</li> <li>- Active monitoring of intersectoral health programs</li> </ul>
Economic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The impact of the economic situation on the financing of health programs</li> <li>- The impact of people's purchasing power on their health</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Development of a separate budget line for cooperation programs</li> <li>- Strengthening donor involvement in health</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insufficient information about the importance of community involvement in health programs</li> <li>- Insufficient involvement of stakeholders in the planning of joint actions</li> <li>- Reduced public confidence in government programs and policies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educating the community to identify health risks</li> <li>- Involving community representatives in health programs</li> </ul>
Technological factors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of inter-organisational communication technologies</li> <li>- Lack of information technology integration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Designing integrated communication systems</li> </ul>
Environmental factors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insufficient attention to environmental factors affecting health</li> <li>- Insufficient attention to disease prevention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacting with stakeholders on environmental legislation</li> </ul>
Legal factors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of legislation on intersectoral cooperation</li> <li>- Poor health legislation</li> <li>- Inadequate monitoring of health legislation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revising interdepartmental cooperation legislation</li> <li>- Developing legislation to support health programs</li> </ul>

**Discussion**

The primary objective of this study was to meticulously identify the barriers and facilitators to ISC in the implementation of

health programs. This categorization of factors into internal and external groups provides a comprehensive understanding of the challenges and opportunities in

intersectoral collaboration. Factors within the health system play an essential role in implementing intersectoral programs. One of the critical internal factors in collaborative programs is governance and leadership. Poor management and leadership of health programs can be attributed to weaknesses in planning. Interaction and communication between organizations involved in a collaborative program should be improved to reduce stakeholder conflict and uncertainty [12]. To build trust between partners and achieve success in interdepartmental action, it is helpful to identify the possible outcomes of the program, provide the necessary training for those involved, and clarify roles and responsibilities [13]. The legitimacy and validity of interdepartmental action are enhanced by the involvement of critical stakeholders in the planning and implementation of joint programs [14]. This partnership among stakeholders should be continuously evaluated [15]. Financial and human resources are crucial for starting a program. Influencing health policies to provide financial resources can enhance the overall performance of the health system. According to Spiegel's study, the accuracy of performing duties is limited by the diversity of tasks [16]. Sharing financial resources and empowering human resources can help remove obstacles. Appropriate structures must be formulated to manage and coordinate stakeholders in program implementation. A centralized structure can promote program integration and effective governance and leadership of actions [17]. However, the implementation of programs can also be affected by the lack of coordination at executive levels and insufficient attention to service provision. Poor coordination can lead to waste of resources, duplication of effort, or neglect of specific actions [18]. Sharing data, providing joint services, and integrating stakeholders can facilitate the

implementation of interdepartmental processes. On the other hand, the success of joint programs can be affected by factors outside the health system, such as political, economic, social, environmental, technological, and legal factors. Therefore, it is essential to consider political support during the policy formulation phase and in all stages of program implementation [19]. Sustainable social, economic, and technological capacities are crucial for the success of health programs. Otherwise, resources are not utilized effectively, and public trust is undermined. Environmental factors also significantly impact society health. Cooperating with the media to develop educational programs can empower individuals to protect themselves from environmental hazards [20]. However, the ministry of health needs more authority to supervise other ministries, and legal requirements may be necessary to promote cooperation between departments.

### Acknowledgment

**Ethical consideration:** Ethical considerations related to review studies, such as the impartiality of researchers in collecting information, ensuring the accuracy and correctness of data, and interpreting and reporting information without bias or prejudice, were followed in this research.

**Conflict of interest:** The authors declare that they have no competing interests.

**Funding:** This study received no funding.

**Author contributions:** M.A. and M.N.: Study conceptualization; M.N.: Database search; M.N. and A.M.: reviewed and screened studies; M.A.: Resolving disagreements; M.N., A.M.: Data extraction; .. M.N.: Drafted the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

**Acknowledgement:** The authors are grateful to all the people who assisted them in the conduct of this research.

**References**

1. Hall YN. Social determinants of health: addressing unmet needs in nephrology. *Am J Kidney Dis.* 2018; 72(4): 582-91.
2. Van Eyk H, Harris E, Baum F, Delany-Crowe T, Lawless A, MacDougall C. Health in all policies in south Australia-Did it promote and enact an equity perspective? *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 14(11): 1288.
3. World Health Organization. Report of a conference on Intersectoral Action for Health : a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report number.:WHO/PPE/PAC/97.6. [Internet]. Canada: World Health Organization; 20-23 April 1997 [Cited 2024 May 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/63657>
4. Frank F, Smith A, King K. The partnership handbook [Internet]. Canada: Minister of Public Works and Government Services; 2000 [Cited 2024 May 30]. Available from: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/MP43-373-1-2000E.pdf>
5. Del Busto S, Galindo I, Hernandez JJ, Camaralles F, Nieto E, Caballero Á, et al. Creating a collaborative platform for the development of community interventions to prevent non-Communicable diseases. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(5): 676.
6. Najafi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Mechanisms of intersectoral collaboration in the health system: a scoping review. *Iran J Public Health.* 2023; 52(11): 2299-312.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8(1): 19-32.
8. PRISMA Flow Diagram [Internet]. [Update 2024; Cited 2024 May 30] Available from: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
9. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data.* London: Routledge, 2002: 187-208.
10. World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
11. Makos J. PESTEL Framework: The 6 Factors of PESTEL Analysis [Internet]. [UPDATE 2024 Apr 13; Cited 2024 May 30]. Available from: <https://pestleanalysis.com/pestel-framework/>
12. Wakerman J, Mitchell J. Intersectoral collaboration: what are the factors that contribute to success?. Report No.: 1, Desert Knowledge Cooperative Research Centre, Alice Springs (AUST). 2005. Available from: <https://www.nintione.com.au/?p=4887>. Access date: 5/22/2022
13. Ho S, Javadi D, Causevic S, Langlois EV, Friberg P, Tomson G. Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: a scoping review. *BMJ Open.* 2019; 9(7): e029407.
14. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. Health Equity through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies [Internet]. Canada: Public Health Agency of Canada; 2008 [Cited 2024 May 30]. Available from: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf).
15. Leenaars K, Smit E, Wagemakers A, Molleman G, Koelen M. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: a systematic literature review. *Prev Med.* 2015; 81: 460-78.
16. Spiegel J, Alegret M, Clair V, Pagliccia N, Martinez B, Bonet M, Yassi A. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *Int J Public Health.* 2012; 57(1): 15-23.
17. Miller DW, Paradis E. Making it real: the institutionalization of collaboration through formal structure. *J Interprof Care.* 2020; 34(4): 528-36.
18. MacIntosh J, McCormack D. Partnerships identified within primary health care literature. *Int J Nurs Stud.* 2001; 38(5): 547-55.
19. Mikkonen J. Intersectoral action for health: Challenges and opportunities in the WHO European Region. *Eur J Public Health.* 2018; 28(4): cky213. 090.
20. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int.* 2014; 29(1): 92-102.

## مقاله مروری

# تسهیلگرها و موانع مشارکت بین‌بخشی در اجرای برنامه‌های سلامت: یک مرور حیطه‌ای

مرضیه نجفی<sup>۱</sup> ID، علی محمد مصدق راد<sup>۲</sup>، محمد عرب<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup>محقق، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.  
<sup>۲</sup>استاد، گروه مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

## اطلاعات مقاله چکیده

**مقدمه:** مشارکت بین‌بخشی در اجرای برنامه‌های سلامت، به برقراری ارتباط بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها، برای دستیابی به نتایج مؤثرتر و کارآمدتر، اطلاق می‌گردد. رسالت و اهداف متفاوت این سازمان‌ها، مدیریت آن‌ها را در برقراری ارتباط مؤثر با چالش مواجه می‌سازد. مرور حاضر با هدف شناسایی تسهیلگرها و موانع مشارکت بین‌بخشی در حوزه سلامت انجام شده است.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر به روش مرور حیطه‌ای با استفاده از الگوی Arksey و O'Malley انجام شد. جستجو در پایگاه‌های داده PubMed، Scopus، Web of science، و دو موتور جستجوی Google و Google scholar با کلیدواژه‌های مرتبط و بدون محدودیت زمانی، تا اردیبهشت ۱۴۰۲، انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل چارچوبی انجام شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۲۷ مطالعه مرتبط با تسهیلگرها و موانع مشارکت بین‌بخشی انتخاب شد. تسهیلگرها و موانع مشارکت بین‌بخشی در برنامه‌های سلامت به دو گروه درون نظام سلامت (حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعات و ارائه خدمات سلامت) و خارج از نظام سلامت (عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، زیست‌محیطی و قانونی) دسته‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** پیش‌بینی موانع موجود در همکاری‌های بین‌بخشی می‌تواند بسیاری از چالش‌های احتمالی در حین اجرای برنامه‌ها را کاهش دهد. انتظار می‌رود با شناسایی راهکارهای تقویت مشارکت بین‌بخشی، اجرای برنامه‌های سلامت و دستیابی به اهداف تسهیل گردد.

نویسنده مسئول:

محمد عرب

رایانامه:

Arabmoha@tums.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۲

اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۶/۲۵

پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰

## واژه‌های کلیدی:

مشارکت بین‌بخشی

سیاست

موانع

تسهیلگر

برنامه‌های سلامت

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست-گذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت، با هدف بازیابی، ارتقا و حفظ سلامت مردم، می‌پردازند. سلامت بهتر افراد جامعه، عادلانه ساختن مشارکت مردم در تأمین منابع مالی و پاسخ‌دهی به انتظارات مردم به‌عنوان اهداف اصلی نظام‌های سلامت در نظر گرفته شده است. هر نظام سلامت برای دستیابی به این اهداف لازم است کارکردهایی از جمله حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، منابع انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعات و ارائه خدمات را بطور هماهنگ انجام دهد. [۱] حاکمیت یا حکمرانی (Governance) مجموعه قوانین و مقرراتی است که توسط دولت وضع شده و باید توسط عوامل دولت اجرا شود. حاکمیت با تعیین اهداف، تدوین قوانین و سیاست‌ها، برنامه‌ریزی، مدیریت منابع، نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است. بنابراین، حاکمیت نظام سلامت تأثیر قابل توجهی بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. [۲] وزارت بهداشت برای دستیابی به اهداف اصلی خود، یعنی حفظ و ارتقای سلامت، به مشارکت سایر بخش‌ها از جمله آموزش، رفاه و امنیت نیاز دارد. بسیاری از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، که نقش زیادی در سلامت جامعه دارند، در خارج از حوزه سلامت هستند. این عوامل ناشی از محیط زندگی، عوامل اجتماعی و اقتصادی و الگوی رفتاری افراد هستند و بیشترین بار بیماری‌ها و قسمت اعظم نابرابری‌های سلامت در دنیا را به خود اختصاص داده‌اند. [۳] ارتقای سلامت جامعه تا حد زیادی به تصمیمات سیاسی خارج از نظام سلامت بستگی دارد و ارتباطات سازمانی مناسب وزارت بهداشت با سایر سازمان‌های مرتبط، دستیابی به اهداف پایدار نظام سلامت را تسریع می‌کند. [۴] مشارکت کل جامعه در اجرای سیاست‌های سلامت می‌تواند با کاهش عوامل خطر رفتاری و محیطی در ارتقای سلامت جامعه و کاهش نابرابری مؤثر باشد. [۵] سازمان بهداشت جهانی مشارکت بین‌بخشی (Intersectoral collaboration) را رابطه‌ای شناخته‌شده بین

بخش بهداشت با سایر بخش‌ها به‌منظور دستیابی به نتایج بهداشتی مؤثرتر، کارآمدتر و پایدارتر تعریف کرده است. [۶] رابطه بین بخش‌های مختلف، برای اقدام در مورد یک مسئله خاص، به‌منظور دستیابی به نتایج مؤثرتر، کارآمدتر و پایدارتر، که یک بخش به تنهایی قادر به انجام آن نیست، در سطوح مختلفی از ارتباطات انجام می‌گیرد. این سطوح شامل موارد ذیل است: ۱) آگاهی (Awareness): آگاه کردن سازمان‌ها از برنامه‌ها، ۲) ارتباطات (Communication): اشتراک‌گذاری اطلاعات بین سازمان‌ها، ۳) همکاری (Cooperation): اشتراک‌گذاری اطلاعات و ایده‌ها برای راهنمایی و اصلاح برنامه‌ریزی‌ها و فعالیت‌ها، ۴) مشارکت (Collaboration): اشتراک‌گذاری اطلاعات و ایده‌ها، برنامه‌ریزی مشترک و ۵) ادغام (Integration): این سطح آخرین و بالاترین سطح است، در این سطح یک استراتژی بین‌بخشی کلی توسط دو یا چند بخش با هم انجام می‌شود. [۷] برای تدوین برنامه‌های مشارکتی در هر سطحی، باید به متغیرهای زمینه‌ای، ذی‌نفعان بالقوه، نحوه انجام فرایندهای بین‌بخشی، نتایج موردانتظار از برنامه، نظارت و ارزیابی مستمر توجه شود. برای برقراری ارتباط مؤثر بین دو یا چند بخش علاوه بر گردهم‌آوردن ذی‌نفعان، باید برای حفظ هماهنگی ایجادشده در طول اجرای برنامه‌ها نیز تلاش شود. [۸] درگیربودن چند بخش در اجرای یک برنامه با توجه به اهداف و ماهیت متفاوت این بخش‌ها، به‌خودی‌خود پیچیده است. مواردی همچون فقدان ارزش، اهداف و زبان مشترک بین سازمان‌ها، پیچیدگی ذاتی برنامه‌های سلامت، رهبری و تعامل مناسب بین شرکا و توزیع عادلانه منابع بین بخش‌های مختلف از جمله چالش‌های موجود در این زمینه محسوب می‌شوند. [۹] به‌منظور تقویت مشارکت بین‌بخشی از روش‌های مختلفی همچون تأمین منابع مالی، حاکمیت و رهبری مناسب، طراحی ساختارهای مرتبط برای مدیریت فرایندها، به‌کارگیری ابزارهای لازم برای اجرای برنامه و استفاده از الگوها و مدل‌های مشارکت بین‌بخشی می‌توان بهره برد. [۱۰] با توجه به ضرورت مشارکت بخش‌های مختلف در اجرای برنامه‌های

اردیبهشت ۱۴۰۲، در عنوان و چکیده مطالعات انجام شد. برای جستجوی مستندات و گزارش نتایج از فلوچارت PRISMA استفاده شد. [۱۳] به منظور دستیابی به مستندات مرتبط با موضوع پژوهش معیارهایی تعیین شد. معیار انتخاب مطالعات شامل موارد ذیل بود:

۱- امکان دسترسی به تمام متن ۲- زبان انگلیسی و فارسی ۳- هر نوع مطالعه (مروری، اصیل، گزارش، پایان نامه، چکیده کنفرانس و همایش ها، کتاب و غیره) ۴- پرداختن به سوالات پژوهش.

مستداتی که هر یک از معیارهای انتخاب مطالعات را نداشتند، از مرور حاضر حذف شدند. بررسی و غربالگری مطالعات توسط دو نفر از نویسندگان انجام شد. در صورت اختلاف نظر، با ارجاع به نظر نویسنده سوم و بحث گروهی تصمیم گیری شد. آنگاه، بخش های کلیدی مستندات منتخب طبقه بندی شدند. مطالعات منتخب براساس فرم گردآوری داده، حاوی اطلاعاتی مرتبط با سال انتشار، نام نویسنده، مکان جغرافیایی (محیط پژوهش)، نوع مطالعه (روش شناختی و محتوا)، تسهیلگرها و موانع مشارکت بین بخشی، توسط دو نفر از نویسندگان طبقه بندی و گزارش شد. [۱۲] در انتها، نتایج حاصله جمع بندی، خلاصه سازی و گزارش شد. در مرور حیطه ای دید کلی از مطالعات موجود بدون توجه به کیفیت مطالعات وارد شده به پژوهش ارائه می شود. در مطالعه حاضر اطلاعات یافت شده تسهیلگرها و موانع موجود در مشارکت بین بخشی در حوزه سلامت گزارش گردید. تحلیل محتوای مستندات منتخب با روش تحلیل چارچوبی ریچی و اسپنر انجام شد که این روش شامل گام های آشنایی با داده ها، شناسایی چارچوب موضوعی، نمایه سازی، ترسیم نمودار و تفسیر و تحلیل نتایج است. [۱۴] از نرم افزار MAXQDA-20 برای کدگذاری و مدیریت یافته ها استفاده شد.

#### یافته ها

پس از جستجوی اولیه، تعداد ۴۶۲۵ منبع استخراج شد. با اعمال فیلترهای جستجو و پس از بررسی عنوان و چکیده و بررسی تمام متن مقالات، تعداد ۲۷ مستند جهت بررسی نهایی

سلامت، همچنین با توجه به تنوع ذی نفعان، مسلماً چالش های بسیاری در مشارکت این طیف گسترده وجود دارد. بنابراین مطالعه حاضر باهدف شناسایی تسهیلگرها و موانع مشارکت بین بخشی به صورت مرور حیطه ای انجام شد تا شواهد و مستندات برای رفع موانع احتمالی در اجرای برنامه های بین بخشی سلامت فراهم گردد.

#### روش ها

پژوهش حاضر به روش مرور حیطه ای در سال ۱۴۰۲ انجام شد. یکی از علل رایج انجام مرورهای حیطه ای شناسایی شکاف های موجود در تحقیقات است. همچنین برای شناسایی شواهد موجود در مورد موضوع، بیان کلیات موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن مانند بررسی ماهیت و دامنه تحقیق و شواهد تحقیق تولید شده، ترسیم ادبیات موضوع و شناسایی روش های تحقیق از این نوع مرور استفاده می شود. [۱۱] در این مطالعه از الگوی مرور حیطه ای Arksey و O'Malley استفاده شد. [۱۲] این روش شامل گام های زیر است: شناسایی سؤال پژوهش، شناسایی مستندات مرتبط، انتخاب مستندات، استخراج داده، خلاصه سازی و گزارش داده ها. ابتدا، با توجه به عنوان و هدف مطالعه حاضر دو سؤال جستجو تدوین شد:

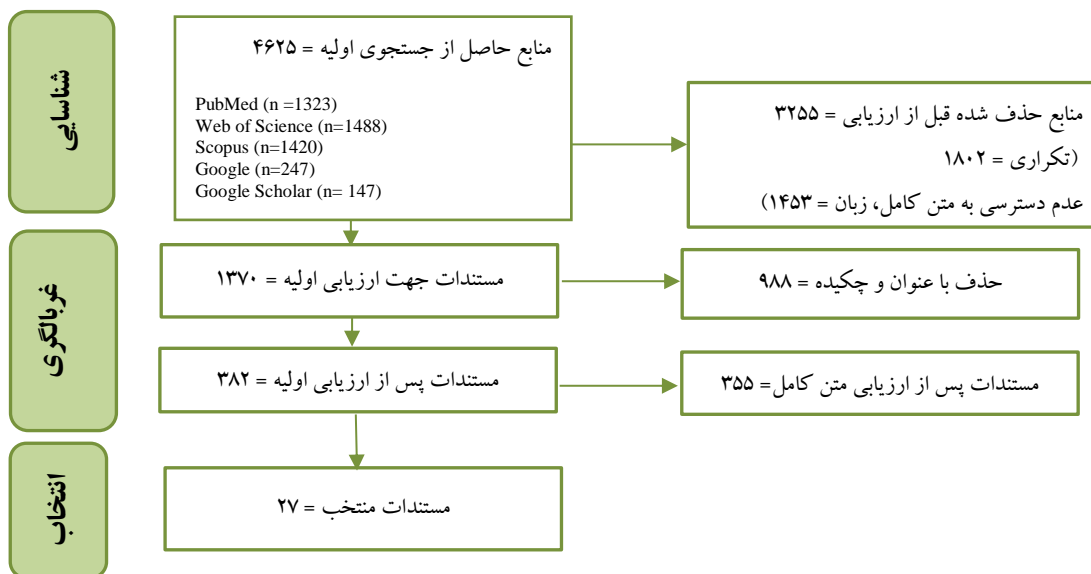
- ۱) مشارکت بین بخشی در برنامه های سلامت (برنامه هایی که برای اجرای آن ها بخش سلامت نیاز به همکاری و مشارکت سایر بخش ها و سازمان ها دارد) با چه موانعی مواجه است؟
- ۲) چه تسهیلگرهایی برای رفع موانع موجود در مشارکت بین بخشی در حوزه سلامت بکار گرفته شده است؟

سپس به منظور شناسایی مستندات مرتبط جستجو با کلیدواژگان مربوطه به دو زبان انگلیسی و فارسی انجام شد. کلیدواژگان شامل موارد ذیل بودند:

Intersectoral, intrasectoral, multisectoral, cross-sectoral, collaboration, partnership, action, policy, cooperation, health, health sector, healthcare.

سه پایگاه داده انگلیسی PubMed، Scopus و Web of Science موتورهای جستجوی Google scholar و Google جستجو شدند. جستجو بدون وارد کردن محدودیت زمانی، تا

انتخاب شدند. روند غربالگری و نتایج جستجو در شکل شماره یک نشان داده شده است.



شکل ۱. فرایند جستجو و انتخاب مقالات

نویسنده اول ذکر شد. همچنین گزارش سازمان بهداشت جهانی به عنوان دفتر WHO در نظر گرفته شد.

مطالعات منتخب در مرور حاضر به تفکیک سال انتشار، محل انتشار و نوع مطالعه در جدول یک نشان داده شده اند. در مطالعات مروری محل انتشار براساس وابستگی سازمانی

جدول ۱. مطالعات منتخب به تفکیک سال و محل انتشار و نوع مطالعه

درصد	فراوانی	متغیر	درصد	فراوانی	متغیر
۳/۷	۱	۱۹۸۹	۱۱/۱	۳	دفتر WHO
۳/۷	۱	۱۹۹۷	۱۸/۵	۵	استرالیا
۳/۷	۱	۲۰۰۱	۳/۷	۱	اسلوونی
۳/۷	۱	۲۰۰۳	۳/۷	۱	آفریقای جنوبی
۳/۷	۱	۲۰۰۶	۳/۷	۱	اکوادور
۱۴/۸	۴	۲۰۰۷	۱۴/۸	۴	آمریکا
۳/۷	۱	۲۰۱۲	۷/۴	۲	انگلستان
۳/۷	۱	۲۰۱۳	۷/۴	۲	ایران
۱۴/۸	۴	۲۰۱۴	۳/۷	۱	دانمارک
۱۱/۱	۳	۲۰۱۵	۳/۷	۱	سوئد
۳/۷	۱	۲۰۱۶	۱۴/۸	۴	کانادا
۷/۴	۲	۲۰۱۷	۳/۷	۱	کوبا
۷/۴	۲	۲۰۱۸	۳/۷	۱	مالزی
۱۴/۸	۴	۲۰۱۹	۱۰۰/۰	۲۷	جمع
۱۰۰/۰	۲۷	جمع	۶۳/۰	۱۷	مقاله
			۲۵/۹	۷	گزارش
			۷/۴	۲	پایان نامه
			۳/۷	۱	کتاب
			۱۰۰/۰	۲۷	جمع

مشارکت بین بخشی در دودسته درون نظام سلامت و خارج از نظام سلامت تقسیم شدند. درون نظام سلامت تعداد ۳۳ مانع و ۴۰ تسهیلگر برای مشارکت بین بخشی در اجرای برنامه های سلامت شناسایی شد. این تسهیلگرها و موانع در شش بلوک ساختاری نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی [۱۵] شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات، سیستم های اطلاعات و ارائه خدمات سلامت تقسیم بندی شدند (جدول دو).

براساس جدول یک، از بین مطالعات منتخب ۱۷ مورد (۶۳ درصد) مقاله، ۷ مورد (۲۵/۹ درصد) گزارش، ۲ مورد (۷/۴ درصد) پایان نامه و ۱ مورد (۳/۷ درصد) کتاب بودند. در بین مقالات بیشترین فراوانی مربوط به مقالات مروری و کیفی، به ترتیب با ۲۵/۹ و ۱۸/۵ درصد بود. بیشترین مطالعات در استرالیا (۱۸/۵ درصد) و سپس در کانادا و امریکا (۱۴/۸ درصد) انجام شده بود. همچنین بیشترین مطالعات در سال ۲۰۰۷، ۲۰۱۴ و ۲۰۱۹ به میزان ۴ مورد در هر سال منتشر شده بود. براساس یافته های مطالعات منتخب تسهیلگرها و موانع

جدول ۲. تسهیلگرها و موانع مشارکت بین بخشی درون نظام سلامت

موضوع اصلی	موانع	تسهیلگرها
سیاست گذاری و برنامه ریزی	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود شواهد و مستندات برای تصمیم گیری</li> <li>عدم تعریف نتایج مورد انتظار از برنامه های مشارکتی در حوزه سلامت</li> <li>عدم پیش بینی زمان لازم برای انجام فعالیت های مختلف در برنامه های مشارکتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در تدوین برنامه های مشارکتی حوزه سلامت</li> <li>برنامه ریزی به صورت مشترک و با حضور نماینده ای از هر یک از ذی نفعان درگیر در اجرای برنامه</li> <li>توافق ذی نفعان بر نتایج مورد انتظار از برنامه</li> <li>تمرکز بر نتایج قابل مشاهده و کوتاه مدت حاصل از برنامه های سلامت</li> </ul>
حاکمیت و رهبری	<ul style="list-style-type: none"> <li>ضعف در رهبری برنامه های مشترک</li> <li>ضعف در برقراری ارتباطات بین کارکنان بخش های مختلف درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>هماهنگی ضعیف درون بخشی و برون بخشی</li> <li>تنش و عدم اطمینان بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>رهبری حمایتی و مشارکتی در اجرای سیاست های مشارکتی حوزه سلامت</li> <li>تشکیل تیم رهبری با حضور نماینده ای از ذی نفعان کلیدی</li> <li>برقراری تعامل و ارتباطات مناسب بین کارکنان هر بخش</li> <li>حضور ذی نفعان اصلی در برنامه های مشارکتی</li> <li>تأکید بر منافع مشترک بین سازمان های ذی نفع</li> </ul>
نظارت و ارزشیابی	<ul style="list-style-type: none"> <li>نبود شاخص های سنجش میزان مشارکت ذی نفعان درگیر در اجرای برنامه</li> <li>ضعف در نظارت بر برنامه های مشترک حوزه سلامت</li> <li>عدم به کارگیری نتایج ارزشیابی در برنامه ریزی و اصلاح اقدامات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ارزشیابی دوره ای برنامه های سلامت</li> <li>بازخورد نتایج اجرای برنامه به ذی نفعان مختلف</li> <li>انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج ارزشیابی</li> </ul>
تأمین مالی	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود منابع مالی پایدار برای اجرای برنامه های سلامت</li> <li>نبود سازوکار جمع آوری مالیات مرتبط با سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اختصاص ردیف بودجه به هر بخش درگیر در اجرای برنامه های سلامت</li> <li>طراحی سازوکار جمع آوری مالیات های بهداشتی و اختصاص به اجرای برنامه های سلامت</li> <li>جمع آوری منابع مالی از طریق مشارکت خیرین و سازمان های مردم نهاد</li> </ul>
انباشت و توزیع منابع	<ul style="list-style-type: none"> <li>نبود سازوکار توزیع منابع مالی بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>عدم تخصیص منابع مالی به همه سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اشتراک گذاری منابع بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>تدوین سازوکار اشتراک گذاری منابع مالی براساس نقش هر ذی نفع</li> </ul>

جدول ۲. ادامه

تسهیلگرها	موانع	موضوع اصلی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>انتخاب رابط سازمانی از سازمان های مختلف</li> <li>استفاده از نیروهای داوطلب جهت مشارکت در برنامه های سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد ناکافی نیروی انسانی بخش سلامت جهت اجرا و پیگیری برنامه های بین بخشی</li> <li>بار کاری بالای نیروهای بخش سلامت</li> </ul>	تأمین نیروی انسانی	نیروی انسانی
<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش انگیزه کارکنان بخش سلامت برای مشارکت در برنامه های مشترک</li> <li>آموزش ضمن خدمت کارکنان در زمینه ارتباطات مؤثر بین بخشی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>آگاهی ناکافی کارکنان از فرایندهای مشترک</li> <li>کمبود آموزش های ضمن خدمت مربوط به ارتباطات بین بخشی</li> </ul>	آموزش و توانمندسازی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>توجه به ارتباطات بین بخشی در برنامه ها و سیاست های سلامت</li> <li>طراحی ساختار مناسب با اقدامات بین بخشی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کم توجهی به روابط بین بخشی در برنامه ها و سیاست های سلامت</li> <li>عدم تأمین ساختار سازمانی متناسب با فرایندهای بین بخشی</li> </ul>	زیرساخت ها و امکانات	تسهیلات، تجهیزات
<ul style="list-style-type: none"> <li>تأمین تجهیزات متناسب با برنامه و مورد نیاز هر بخش</li> <li>اشتراک گذاری تجهیزات بین سازمان های درگیر در یک اقدام مشترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم تأمین تجهیزات لازم برای اجرای برنامه</li> <li>عدم اشتراک گذاری تجهیزات بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> </ul>	تجهیزات	
<ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی سیستم های اطلاعات یکپارچه جهت جمع آوری داده ها با قابلیت استفاده بین سازمان های مختلف</li> <li>تهیه گزارش نتایج اقدامات مشترک</li> <li>تسهیل اشتراک گذاری داده ها بین سازمان های مختلف</li> <li>تأمین زیرساخت های ارتباطی پایدار متناسب با برنامه های مشترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>فقدان سیستم یکپارچه جمع آوری داده های مربوط به برنامه های مشارکتی</li> <li>محدود بودن اشتراک گذاری داده ها بین بخش های درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>ضعف در سیستم های ارتباطی بین سازمانی</li> </ul>	سیستم های یکپارچه ارتباطی	سیستم اطلاعات سلامت
<ul style="list-style-type: none"> <li>انجام پژوهش های بین رشته ای در حوزه مشارکت بین بخشی</li> <li>مطالعات تطبیقی و الگوبرداری از سایر حوزه ها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود مطالعات مرتبط با مشارکت بین بخشی</li> <li>کمبود الگوها و مدل های مشارکت بین بخشی در حوزه سلامت</li> </ul>	پژوهش های مشارکت بین بخشی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>طراحی ابزارهای اجرایی</li> <li>اصلاح فرایندها و شفاف سازی مسئولیت هر ذی نفع در اجرای یک فرایند</li> <li>پشتیبانی و حمایت از اجرای فرایندهای مشترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم تعریف فرایندهای مشترک</li> <li>حمایت ناکافی از اجرای برنامه های مشترک در سطوح عملیاتی</li> </ul>	اجرای فرایندهای مشترک	ارائه خدمات سلامت
<ul style="list-style-type: none"> <li>استقرار پیوست سلامت در همه سیاست ها</li> <li>تدوین مدل یا چارچوب مشارکت بین بخشی در اجرای برنامه های سلامت</li> <li>جلب حمایت سایر سازمان ها برای مشارکت در اجرای برنامه های سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>فقدان چارچوب جامع برای مشارکت سازمان ها در برنامه های سلامت</li> </ul>	برنامه های سلامت مبتنی بر مشارکت بین بخشی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین وظایف و مسئولیت های هر سازمان در برنامه های سلامت</li> <li>تعیین ارزش ها و اهداف مشترک بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>نیازسنجی خدمات مرتبط با برنامه های سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدم تعریف نقش ها و مسئولیت های سازمان های مختلف</li> <li>فقدان ارزش و اهداف مشترک بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه</li> <li>ضعف در رعایت سیاست ها و قوانین سلامت در سایر بخش ها</li> </ul>	آمادگی و مدیریت برنامه های مشترک	

چارچوب کار گروهی و حمایت از برنامه های سلامت و ایجاد آمادگی در زمینه مدیریت و برنامه های مشترک از جمله موارد شناسایی شده در حیطه ارائه خدمات سلامت با مشارکت سایر بخش ها هستند. مشارکت ذی نفعان مختلف در اجرای برنامه های سلامت با چالش های مختلفی در خارج از حوزه نظام سلامت نیز مواجه است. تعداد ۱۴ مانع خارج از اختیار نظام سلامت برای مشارکت بین بخشی در اجرای برنامه های سلامت شناسایی شد. برای تحلیل عوامل خارجی از چارچوب PESTEL [۱۶] شامل شش گروه عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، محیط زیست و قانونی استفاده شد. برای رفع این موانع ۱۱ تسهیگر شناسایی شد (جدول سه).

جدول دو نشان داد عوامل مختلفی درون نظام سلامت وجود دارد که در برقراری و موفقیت اقدامات بین بخشی تاثیر گذار هستند. براساس یافته های مطالعات منتخب، سیاست گذاری و برنامه ریزی، تولید و ارزشیابی از عوامل مؤثر در حوزه حاکمیت و رهبری مشارکت های بین بخشی هستند. همچنین در حوزه تأمین، توزیع و انباشت منابع مالی نیز چالش هایی شناسایی شد. عدم تأمین و توجه به زیرساخت ها و تجهیزات نیز می توانند در مشارکت بین بخشی چالش هایی ایجاد کنند یا در تقویت بخش ها برای ایجاد یک مشارکت موفق نقش داشته باشند. در حوزه سیستم های اطلاعاتی توجه به عواملی مانند سیستم های یکپارچه اطلاعاتی و پژوهش های بین بخشی مؤثر به نظر می رسد. در نهایت، توجه به اجرای فرایندهای مشترک بین بخش های درگیر در اجرای یک برنامه، تدوین

جدول ۳. تسهیگرها و موانع مشارکت بین بخشی خارج از نظام سلامت

موضوع اصلی	موانع	تسهیگرها
سیاسی	<ul style="list-style-type: none"> <li>ناپایداری سیاست های حوزه مشارکت بین بخشی</li> <li>عدم تعهد سیاسی نسبت به اجرای برنامه های سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجه ویژه به همکاری سازمان ها در برنامه های سلامت</li> <li>ایجاد تعهد سیاسی در اجرای برنامه های سلامت</li> <li>نظارت فعال بر برنامه های بین بخشی حوزه سلامت</li> </ul>
اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>تأثیر وضعیت اقتصادی کشور بر تأمین منابع مالی برنامه های سلامت</li> <li>تأثیر قدرت خرید پایین مردم در سطح سلامت آنها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین ردیف بودجه مستقل برای برنامه های مشارکتی</li> <li>تقویت مشارکت خیرین و داوطلبین در حوزه برنامه های سلامت</li> </ul>
اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود اطلاع رسانی و توانمندسازی عمومی در خصوص اهمیت مشارکت ذی نفعان مختلف در برنامه های سلامت</li> <li>مشارکت ناکافی ذی نفعان در برنامه ریزی های اقدامات مشترک</li> <li>کاهش اعتماد جامعه به برنامه ها و سیاست های دولت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش جامعه در خصوص شناسایی مخاطرات سلامت و سبک زندگی سالم</li> <li>مشارکت نمایندگان جامعه در برنامه های سلامت</li> </ul>
عوامل فناوری	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود فناوری های ارتباطی بین سازمان های مختلف</li> <li>تعدد فناوری های اطلاعاتی و عدم یکپارچگی آنها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>استفاده از سیستم های یکپارچه ارتباطی و گزارش گیری</li> </ul>
عوامل زیست محیطی	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجه ناکافی به عوامل محیطی مؤثر بر سلامت</li> <li>توجه ناکافی به پیشگیری از بیماری ها در سطح جامعه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعامل با سازمان های قانون گذار برای قانون گذاری در حوزه زیست محیطی</li> </ul>
عوامل قانونی	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود قوانین حمایتی برای مشارکت بخش های مختلف در برنامه های سلامت</li> <li>ضعف در قانون گذاری در حوزه سلامت</li> <li>نظارت ناکافی بر قوانین حوزه سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین و بازنگری قوانین حوزه مشارکت بین بخشی و سلامت</li> <li>تدوین قوانین حمایتی از برنامه های حوزه سلامت</li> </ul>

مشکلات اقتصادی کشور، عدم آگاهی جامعه و همچنین کاهش اعتماد مردم به سیاست های دولت، کمبود فناوری های اطلاعاتی و ارتباطی مورد اعتماد، عدم توجه به عوامل محیطی، کمبود قوانین حمایتی و نظارت ناکافی از جمله

براساس یافته های جدول سه تسهیگرها و موانع مشارکت های بین بخشی در حوزه سلامت در شش حوزه دسته بندی شدند. ناپایداری سیاست های حوزه سلامت، عدم تعهد نسبت به اجرای سیاست های تدوین شده در بین سایر وزارتخانه ها،

ذی نفعان اصلی در برنامه ریزی و اجرای برنامه های مشترک موجب مشروعیت و اعتبار بیشتر اقدامات بین بخشی می شود. [۲۶] این ارتباط بین ذی نفعان درگیر در اجرای یک برنامه باید به صورت مستمر ارزیابی شود. نظارت ناکافی و عدم به کارگیری نتایج ارزیابی به عنوان مانعی در همکاری و تعامل مناسب ذی نفعان است. [۲۷] مشارکت ذی نفعان مختلف در نظارت، داشتن برنامه بازدید مستمر، بازخورد نتایج به ذی نفعان و استفاده از نتایج ارزیابی در اصلاح برنامه ها منجر به بهبود مشارکت بین ذی نفعان می گردد. [۲۴] با تشکیل تیم نظارت و ارزیابی با حضور نماینده ای از ذی نفعان مختلف برای پایش نتایج برنامه و ارزیابی میزان مشارکت ذی نفعان بالقوه میزان پاسخگویی سازمان ها افزایش می یابد. تأمین منابع مالی برای شروع یک برنامه امری ضروری است. علاوه بر محدود بودن منابع مالی، توزیع مناسب این منابع نیز امری مهم است [۲۰]. برای تقویت مشارکت بین بخشی توزیع منابع بین سازمان های درگیر در یک برنامه باید عادلانه و کارآمد باشد. [۲۸] تأمین منابع مالی با تأثیر بر سیاست های سلامت، می تواند عملکرد کلی نظام سلامت را بهبود بخشد. بنابراین ناکافی بودن منابع مالی و یا توزیع ناعادلانه آن می تواند منجر به تعارض بین شرکا گردد. اقداماتی مانند اشتراک گذاری منابع مالی یا تخصیص منابع براساس نقش و مسئولیت هر سازمان موجب هماهنگی بیشتر در اقدامات بین بخشی می شود. [۲۴] در برنامه ریزی اقدامات مشترک باید تعداد منابع انسانی و تخصص های مورد نیاز نیز در نظر گرفته شود. به طور کلی یکی از مهمترین منابع برای هر اقدامی فراهم بودن تعداد کافی نیروی انسانی آموزش دیده و توانمند است. [۲۹] آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی در موفقیت اقدامات بین بخشی تاثیرگذار است. مطالعه اسپیگل (Spiegel) نشان داد تعدد وظایف و بارکاری بیش از حد، مدت زمان اختصاص داده شده و دقت افراد را در اجرای فعالیت ها محدود می کند. [۳۰] اقداماتی مانند اشتراک گذاری منابع و آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی در رفع این موانع اثر بسزایی دارند. [۳۱] در مطالعه دماری برای اجرای بهتر اقدامات بین بخشی شناسایی افراد کلیدی در هر سازمان

مواردی هستند که خارج از بخش سلامت قرار دارند و می توانند سیاست ها و برنامه های سلامت را تحت تأثیر قرار دهند.

#### مطالعه

این مطالعه باهدف شناسایی تسهیگرها و موانع مشارکت بین بخشی در اجرای برنامه های سلامت انجام شد. در نهایت تعداد ۲۷ مقاله در این حوزه شناسایی شد. تعداد ۴۷ مانع و ۵۱ تسهیگر در داخل و خارج از بخش سلامت برای برقراری مشارکت بین بخشی مناسب شناسایی و دسته بندی شدند. تسهیگرها و موانع داخل نظام سلامت در قالب شش بلوک ساختاری نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی، و تسهیگرها و موانع خارج از نظام سلامت براساس چارچوب PESTEL دسته بندی شدند. یکی از موانع مشارکت بین بخشی که در مطالعات منتخب مورد توجه قرار گرفت مربوط به حاکمیت و رهبری برنامه های مشارکتی است. ضعف در برنامه ریزی و کمبود تجربیات و مستندات برای تصمیم گیری علمی از دلایل رهبری ضعیف برنامه های مشارکتی بود. [۱۷-۱۹] برنامه ریزی مناسب و انجام فرایندها از طریق تعامل و تبادل گزینه های سیاسی مبتنی بر شواهد، به روندهای ملی و اقدامات بین بخشی مشروعیت می دهد. [۲۰] از طرفی، تعاملات و ارتباطات ضعیف بین سازمان های درگیر در اجرای یک برنامه احتمال ایجاد تعارض و عدم اطمینان بین ذی نفعان را افزایش می دهد. [۲۱] انگیزه رقابت از جمله عوامل بازدارنده شرکا در اجرای برنامه های بین بخشی است. اعتماد متقابل و برد-برد بودن روابط بین شرکا سه عنصر اساسی روابط مشترک هستند. [۲۲] بنابراین تعیین نتایج احتمالی حاصل از برنامه که مورد توافق همه اعضا باشد در کاهش تعارضات سازمانی مفید است. همچنین، ارائه آموزش های لازم به ذی نفعان [۲۳] و شفاف سازی نقش ها و مسئولیت ها [۲۴] برای برقراری اعتماد بین شرکا و موفقیت در اقدامات بین بخشی کمک کننده است. افزایش دسترسی به داده ها و اشکال جدید ارتباطی، مانند رسانه های اجتماعی و فضای مجازی برقراری ارتباط بین افراد در سازمان های مختلف را آسان تر کرده است. [۲۵] باید توجه داشت حضور

استفاده از مدل های مشارکت بین بخشی می تواند منجر به ترویج ارزش مشترک ایجاد و تقویت مشارکت گردد. [۳۷،۳۸] عدم هماهنگی در سطوح اجرایی و توجه ناکافی به ارائه خدمات نیز می تواند بر اجرای برنامه ها تاثیر گذار باشد. [۱۹] ارتباطات و هماهنگی ضعیف و درک نادرست ذی نفعان از اهداف برنامه و وظایف خود می تواند منجر به اتلاف منابع، موازی کاری و یا مغفول ماندن برخی اقدامات شود. [۳۹] در نهایت برنامه ها از هدف اصلی خود دور می شوند. تأکید بر منافع، ارزش ها، نتایج و اهداف مشترک [۴۰] و برقراری تعامل و ارتباطات مناسب [۶] برای موفقیت در مشارکت بین بخشی اهمیت زیادی دارند. ارائه خدمات به صورت مشترک و ادغام ذی نفعان (شبکه سازی) اصلاح فرایندها و پشتیبانی و حمایت از اجرای فرایندهای بین بخشی را تسهیل می کند. [۲۳،۴۱] همچنین عواملی خارج از نظام سلامت از جمله عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، زیست محیطی، فناوری و قانونی بر موفقیت اقدامات بین بخشی در حوزه سلامت اثر می گذارند. توجه به سلامت در سیاست های مختلف و حمایت سیاسی در موفقیت برنامه های مشارکتی نقش مهمی دارند. [۴۲] بسیاری از سیاست ها و برنامه ها تحت تأثیر بخش های خارج از بخش سلامت هستند. بنابراین دولت ها باید با استفاده از استراتژی یا سیاست های اصولی که اقدامات بین بخشی را تقویت می کند، به مقوله سلامت جمعیت بپردازند. حمایت سیاسی صرفاً برای تدوین سیاست کافی نیست، بلکه در تمام مراحل اجرای برنامه نیز باید به آن توجه شود. تعهد و اراده سیاسی نسبت به اقدامات بین بخشی سلامت با اولویت دادن به سلامت در تدوین سیاست ها و برنامه های سیاسی نمود پیدا می کند. [۴۳] در مطالعه مروری شل (Schell) نیز حمایت سیاسی به عنوان یکی از حوزه های اصلی پایداری برنامه های سلامت شناسایی شد. [۴۴] جامعه ای که در آن حمایت و تعهد سیاسی برای اجرای برنامه های سلامت وجود ندارد، تلاش نظام سلامت و سایر ذی نفعان به احتمال زیاد بی نتیجه خواهد ماند. داشتن ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی و فناوری پایدار یکی از عناصر حیاتی در موفقیت برنامه های سلامت به شمار می رود؛

به عنوان رابط برنامه و آموزش و تقویت توانایی های فردی و سازمانی آن ها یکی از راهکارهای اصلی تقویت مشارکت بین بخشی است. [۱۷] تأمین زیرساخت ها و تجهیزات مورد نیاز برای اجرای برنامه های سلامت نیز باید در نظر گرفته شود. تدوین ساختارهای مناسب برای مدیریت و هماهنگی برنامه امری ضروری است. در طراحی ساختارها حیطه وظایف، مسیرهای ارتباطی و گزارش دهی مشخص می شود. ساختار سازمانی نامناسب، در نظر نگرفتن مسیرهای ارتباطی و اختیارات لازم برای هماهنگ کردن ذی نفعان برنامه چالش هایی در برقراری مشارکت بین بخش های مختلف ایجاد می کند. [۳۲] در برخی موارد برای اجرای یک برنامه گروه پروژه تشکیل می شود و با اتمام آن برنامه، گروه منحل یا ماهیت آن تغییر می کند. [۳۳] این ناپایداری ساختارها باعث عدم انتقال تجارب به سایر برنامه ها می شود. وجود یک ساختار متمرکز موجب یکپارچگی در برنامه ها و حاکمیت و رهبری مناسب اقدامات می گردد. [۳۴] بنابراین با ایجاد یک ساختار مشارکتی که ذی نفعان اصلی برنامه را گردهم آورد، فرصت مناسبی برای ایجاد ارتباطات سازنده و در نتیجه اتحاد برای رسیدن به هدف مشترک فراهم می گردد. در سازمان های مختلف سیستم های اطلاعات و ارتباطات مختلفی وجود دارد. برای ارتقای پاسخگویی سازمان های درگیر در اجرای برنامه های مشترک باید دسترسی آن ها به داده ها و اطلاعات و همچنین مسیرهای ارتباطی آن ها را تقویت کرد. یک سیستم یکپارچه اطلاعاتی و ارتباطی را می توان برای دسترسی هم زمان به اطلاعات و شفاف بودن مسیر ارتباطات استفاده نمود. همچنین تقویت مشارکت بین بخشی مستلزم پژوهش های کاربردی و اشتراک گذاری درس های آموخته شده از برنامه های مختلف است. استفاده از ابزارها و الگوهای ارتباطاتی و اطلاعاتی مانند انتشار مطالب آموزشی، دستورالعمل ها و پروتکل های مشترک، تبادل، اشتراک گذاری و انتشار داده ها در زمینه اجرای فرایندهای بین بخشی مورد توجه است. [۳۵،۳۶] استفاده از تجارب و شواهد موجود منجر به شفاف سازی مسیر اجرایی برنامه ها و رفع چالش های رایج در این زمینه می شود. برخی از مطالعات بیان کردند

سلامت مواجهه است. همچنین عواملی خارج از حوزه سلامت وجود دارد که بر موفقیت این همکاری ها تأثیر گذارند. این عوامل عبارت اند از: عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، زیست محیطی و قانونی. پیش بینی موانع موجود در همکاری های بین بخشی می تواند بسیاری از چالش های احتمالی در حین اجرای برنامه ها را کاهش دهد. انتظار می رود با شناسایی راهکارهای تقویت مشارکت بین بخشی اجرا و تحقق اهداف برنامه های سلامت تسهیل گردد.

### ملاحظات اخلاقی

**رعایت دستورالعمل های اخلاقی:** ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعات مروری نظیر بی طرفی پژوهشگران در گردآوری اطلاعات، اطمینان از دقت و صحت داده ها، و تعبیر و تفسیر اطلاعات بدون سوء گیری و پیشداوری در این پژوهش رعایت شد.

**حمایت مالی:** این پژوهش حمایت مالی نداشت.

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

**مشارکت هر یک از نویسندگان:** م.ع. و م.ن: طراحی؛ م.ن: جستجوی مطالعات؛ ع.م. و م.ن: غربالگری و انتخاب مطالعات؛ م.ع: تایید مقالات نهایی؛ م.ن. و ع.م: استخراج داده ها؛ شد.م.ن: نگارش پیش نویس مقاله؛ همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تایید کردند.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان بر خود لازم می بینند که از تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی نمایند.

در غیر این صورت، پول و منابع به هدر خواهد رفت، اعتماد عمومی در جامعه آسیب می بیند و تحقق اهداف سلامت با مشکل مواجه می شود. عوامل زیست محیطی نیز نقش عمده ای در سلامت جامعه دارد. برنامه های آموزشی لازم برای آشنایی مردم با مخاطرات محیطی سلامت می تواند آن ها را در حافظت از خود توانمند سازد. [۴۵] همکاری با رسانه ها در آموزش های فراگیر برای افزایش آگاهی مردم در مورد عوامل تعیین کننده سلامت و نحوه محافظت از خود در برابر مخاطرات محیطی عامل مهمی است [۲۴]؛ این آموزش ها می تواند زمینه ساز مشارکت مردم در برنامه ریزی و اجرای اقدامات مرتبط با سلامت شود. [۴۶]. علاوه بر آن، ارتقای آگاهی و انتظارات مردم با ایجاد فشار بر دولت و سایر ذی نفعان، می تواند بر اولویت های سیاسی نیز تأثیر گذارد.

تدوین قوانین مرتبط با سلامت و قوانین حمایتی برای اجرای برنامه های سلامت یکی از عوامل اصلی موفقیت برنامه های بین بخشی سلامت است. [۴۷] تقویت قوانین حوزه سلامت با در نظر گرفتن نقش سازمان های مختلف بر میزان همکاری آن ها در اجرای برنامه های سلامت می افزاید. نظارت بر سایر وزارتخانه ها و بسیاری از سازمان ها خارج از حیطه اختیارات وزارت بهداشت می باشند. الزامات قانونی می تواند عاملی برای ارتقای همکاری این بخش ها باشد. نظام های سلامت برای اجرای برنامه های مختلف نیاز به همکاری و مشارکت سایر سازمان ها دارند. برای برقراری ارتباط سازنده با این سازمان ها، نظام سلامت با مشکلاتی در حوزه های حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات، سیستم های اطلاعات و ارائه خدمات

### References

1. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: a comparative study. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 26(9): 10-28.
2. Davies CA, Artigas L, Holloway J, McConway K, EA Newman J. Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) [Internet]. London: NCCSDO; 2005 [Cited 2024 May 30]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/42790580\\_Links\\_Between\\_Governance\\_Incentives\\_and\\_Outcomes\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Literature](https://www.researchgate.net/publication/42790580_Links_Between_Governance_Incentives_and_Outcomes_A_Review_of_the_Literature)
3. Hall YN. Social determinants of health: addressing unmet needs in nephrology. Am J Kidney Dis. 2018; 72(4): 582-91.

4. Van Eyk H, Harris E, Baum F, Delany-Crowe T, Lawless A, MacDougall C. Health in all policies in south Australia-Did it promote and enact an equity perspective? *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(11): 1288.
5. McCollum R, Taegtmeier M, Otiso L, Tolhurst R, Mireku M, Martineau T, Karuga R, Theobald S. Applying an intersectionality lens to examine health for vulnerable individuals following devolution in Kenya. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):24. doi: 10.1186/s12939-019-0917-2.
6. World Health Organization. Report of a conference on Intersectoral Action for Health : a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report number.:WHO/PPE/PAC/97.6. [Internet]. Canada: World Health Organization; 20-23 April 1997 [Cited 2024 May 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/63657>
7. Owusu NO, Baffour-Awuah B, Johnson FA, Mohan J, Madise NJ. Examining intersectoral integration for malaria control programmes in an urban and a rural district in Ghana: a multinomial multilevel analysis. *Int J Integr Care*. 2013; 13: e029.
8. Frank F, Smith A, King K. The partnership handbook [Internet]. Canada: Minister of Public Works and Government Services; 2000 [Cited 2024 May 30]. Available from: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/MP43-373-1-2000E.pdf>
9. Del Busto S, Galindo I, Hernandez JJ, Camaralles F, Nieto E, Caballero Á, et al. Creating a collaborative platform for the development of community interventions to prevent non-Communicable diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(5): 676.
10. Najafi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Mechanisms of intersectoral collaboration in the health system: a scoping review. *Iran J Public Health*. 2023; 52(11): 2299-312.
11. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015; 13(3): 141-6.
12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8(1): 19-32.
13. PRISMA Flow Diagram [Internet]. [Update 2024; Cited 2024 May 30] Available from: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
14. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data*. London: Routledge, 2002: 187-208.
15. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
16. Makos J. PESTEL Framework: The 6 Factors of PESTEL Analysis [Internet]. [Update 2024 Apr 13; Cited 2024 May 30]. Available from: <https://pestleanalysis.com/pestel-framework/>
17. Damari B, Rostamigooran N, Farshad AA. Challenges of memorandum of understanding as a tool for strengthening intersectoral collaboration in health system. *SDH*. 2019; 5(3): 170-6.
18. Kranzler Y, Davidovich N, Fleischman Y, Grotto I, Moran DS, Weinstein R. A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2013; 2(1): 16.
19. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. Health Equity through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies [Internet]. Canada: Public Health Agency of Canada; 2008 [Cited 2024 May 30]. Available from: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/phac-asp/HP5-67-2008E.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-asp/HP5-67-2008E.pdf).
20. World Health Organization. Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Report number: WHO/EURO:2018-2667-42423-58849 [Internet]. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 [Cited 2024 May 30].
21. Wakerman J, Mitchell J. Intersectoral collaboration: what are the factors that contribute to success? Report Number:01. 2005 [Internet]. Alice Springs: Centre for Remote Health & Desert Knowledge CRC; 2005 [Cited 30 May 2024]. Available from: <https://www.nintione.com.au/?p=4887>.
22. Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K, Dillon L. Health in all policies. A guide for state and local governments Washington, DC: American Public Health Association and Public Health Institute; 2013.
23. Ho S, Javadi D, Causevic S, Langlois EV, Friberg P, Tomson G. Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: a scoping review. *BMJ Open*. 2019; 9(7): e029407.

24. Luis Marina VC. Innovative intersector partices for health and equity: The case study of Cotacachi Ecuador. Ecuador. Theoretical and Empirical Researches in Urban Management. 2023;18(3):66-87. Available from: <http://um.ase.ro/v18i3/4.pdf>
25. Anaf J, Baum F, Freeman T, Labonte R, Javanparast S, Jolley G, Lawless A, Bentley M. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. Aust N Z J Public Health. 2014; 38(6): 553-9.
26. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: Experiences in intersectoral action, public policy and health [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2007 [Cited 2024 May 30].. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-eng.php>
27. Leenaars K, Smit E, Wagemakers A, Molleman G, Koelen M. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: a systematic literature review. Prev Med. 2015; 81: 460-78.
28. McGuire F, Vijayasingham L, Vassall A, Small R, Webb D, Guthrie T, et al. Financing intersectoral action for health: a systematic review of co-financing models. Global Health. 2019; 15: 86.
29. Backwith D, Mantle G. Inequalities in health and community-oriented social work: Lessons from Cuba? International Social Work. 2009; 52(4): 499-511. <https://doi.org/10.1177/0020872809104253>
30. Spiegel J, Alegret M, Clair V, Pagliccia N, Martinez B, Bonet M, Yassi A. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. Int J Public Health. 2012; 57(1): 15-23.
31. World Health Organization. Regional Office for Europe, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, Centre for Health and Development Murska Sobota. Advocating intersectoral action for health equity and well-being: the importance of adapting communication to concept and audience [Internet]. Report Number: 9789289052290. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329507>
32. Novillo-Ortiz D. Chapter 12 - Intergovernmental Collaboration in Global Health Informatics. Global Health Informatics: Elsevier; 2017. Ed(s), de Fátima Marin H, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D: Academic Press, pp. 264-287. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804591-6.00013-6>
33. Larsen M. Use of evidence and intersectoral collaboration in local public health work in Denmark. Int J Public Health. 2013; 57(3): 477-83.
34. Miller DW, Paradis E. Making it real: the institutionalization of collaboration through formal structure. J Interpr of Care. 2020; 34(4): 528-36.
35. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. Int J Public Health. 2012; 57(1): 25-33.
36. Brooke-Sumner C, Lund C, Petersen I. Bridging the gap: investigating challenges and way forward for intersectoral provision of psychosocial rehabilitation in South Africa. Int J Ment Health Syst. 2016; 10: 21.
37. Baugh Littlejohns LK, Willis CD. Collaborative value creation framework: the potential for strengthening intersectoral partnerships in chronic disease prevention. Prog Community Health Partnersh. 2018; 12(4): 463-72.
38. 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.
39. MacIntosh J, McCormack D. Partnerships identified within primary health care literature. Int J Nurs Stud. 2001; 38(5): 547-55.
40. WHO. 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. Geneva: World Health Organization; 2016.
41. De Maeseneer J, De Roo L, Art B, Willems S. Intersectoral action for health in Belgium: a multi-level contribution to equity, Crossing Sectors: Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada and Health Systems Knowledge Network; 2007 [Cited 2024 May 30]. Available from: [http://old.adapt.it/adapt-indice-a-z/wp-content/uploads/2014/04/maesenee\\_roo\\_2013.pdf](http://old.adapt.it/adapt-indice-a-z/wp-content/uploads/2014/04/maesenee_roo_2013.pdf)
42. Taylor-Robinson DC, Lloyd-Williams F, Orton L, Moonan M, O'Flaherty M, Capewell S. Barriers to partnership working in public health: a qualitative study. PloS one. 2012; 7(1): e29536.
43. Mikkonen J. Intersectoral action for health: Challenges and opportunities in the WHO European Region. E Eur J Public Health. 2018; 28(4): cky213. 090.

44. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science*. 2013; 8: 15.
45. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*. 2014; 29(1): 92-102.
46. Burgess T, Braunack-Mayer A, Toohar R, Collins J, O'Keefe M, Skinner R, et al. Optimizing intersectoral collaboration between health and education: the health bridges study. *J Public Health (Oxf)*. 2016; 38(4): e430-
47. Mikkonen J. Intersectoral action for health: Challenges and opportunities in the WHO european region. *Eur J Public Health*. 2018; 28(4): cky213. 090