

<https://dx.doi.org/10.30510/psi.2022.303870.2282>

**Discovering the factors affecting the development of the Health Transformation Plan in the Ministry of Health and Medical Education: A qualitative study**

Abstract

One of the most important concerns of policy makers is to establish justice in health and access to health services. In this regard, we should not neglect the organizational structures that are the goal of this plan and the type of human resource management. The aim of this study was to discover the factors affecting the development of the Health Transformation Plan in the Ministry of Treatment and Medical Education. The qualitative research method was grounded theory. The community was a qualitative stage of treatment staff and personnel who were purposefully interviewed with 15 of the most experienced managers and specialists in education and human resources in the country with an average of 10 years of work experience. In-depth qualitative interviews were performed on the samples. The sample size was determined based on theoretical saturation. Three types of coding were used to analyze the obtained data: open, axial and selective coding. Findings were summarized based on MAXQDA software. The categories extracted from the codings were classified into six categories: causal factors, intervening factors, contextual factors, strategies and consequences. Based on the obtained categories and existing theoretical foundations and previous research, the theoretical model was designed schematically using MAXQDA software.

The findings showed that in order to achieve an effective health development plan in the Ministry of Health and Medical Education, it is better to consider each of the causal, intervening, contextual, and strategies and consequences in creating a He noticed a comprehensive and appropriate pattern.

**Keywords:** Health Plan, Causal Factors, Intervening Factors, Contextual Factors, Strategies And Consequences

**کشف عوامل مؤثر بر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی:****یک مطالعه کیفی**

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

کوروش قنبری<sup>۱</sup>مسعود پورکیانی<sup>۲</sup>سنجر سلاجقه<sup>۳</sup>**چکیده**

یکی از مهم ترین دغدغه های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. در این راستا نباید از توجه به ساختارهای سازمانی که هدف این طرح هستند و نوع مدیریت منابع انسانی آنها غافل شد. هدف پژوهش حاضر کشف عوامل مؤثر بر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی بود. روش تحقیق کیفی از نوع نظریه داده بنیاد (گراندد تئوری) بود. جامعه مرحله کیفی کارکنان و پرسنل درمان بودند که به روش هدفمند با ۱۵ نفر از مجرب ترین مدیران و متخصصان آموزش و منابع انسانی کشور با میانگین تجربه‌ی کاری ۱۰ سال مصاحبه به عمل آمد. مصاحبه کیفی عمیق از نمونه‌ها انجام شد. حجم نمونه بر اساس اشباع نظری تعیین گردید. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از سه نوع کدگذاری استفاده شد که عبارتند از: کدگذاری باز، محوری و انتخابی. یافته‌ها بر اساس نرم افزار MAXQDA جمع بندی شدند. مقوله‌های مستخرج از کدگذاری‌ها در شش طبقه دسته‌بندی شدند: عوامل علی، عوامل مداخله‌گر، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها. بر اساس مقوله‌های بدست آمده و مبانی نظری موجود و پژوهش‌های سابق، مدل نظری با استفاده از نرم افزار MAXQDA به صورت شماتیک طراحی شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که برای دستیابی به یک طرح توسعه سلامت مؤثر در وزارت درمان و آموزش پزشکی، بهتر است به هر یک از عوامل علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای، و راهبردها و پیامدها در ایجاد یک الگوی جامع و مناسب توجه کرد.

**واژه‌های کلیدی:** طرح سلامت، عوامل علی، عوامل مداخله‌گر، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش تطبیق و توسعه، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

<sup>۲</sup> (نویسنده مسئول) استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

اجرای طرح تحول نظام سلامت در سراسر کشور از نیمه دوم اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ در دستور کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت (توان و همکاران، ۱۳۹۴). هدف از اجرای برنامه تحول نظام سلامت، افزایش رضایتمندی، ارائه کیفیت خدمات نسبی، کاهش هزینه های بیماران و اهمیت پاسخگویی و پیگیری مشکلات و پرسش ها در خصوص طرح مذکور در سطح دانشگاه ها و مراجعین به مراکز درمانی می باشد (اکبری و همکاران، ۲۰۱۵). در این میان لازمه اجرای موفقیت آمیز فرایند تحول نظام سلامت و اصلاح نظام فعلی، اتکا به یک برنامه جامع مدیریتی و کاربردی است که از یک طرف پاسخگوی نیازها و تقاضاهای جدید و در حال تغییر جامعه ایرانی می باشد و از طرف دیگر، تغییر و اصلاح سازمانی را در بطن خود، پیش برد (مجد زاده و همکاران، ۲۰۰۹). برای تحقق سیاست های تحولی سلامت، برنامه های ملی تحول طراحی شده اند. هر برنامه ملی تحول، به مجموعه ای از خدمات و فعالیت های مرتبط با یکدیگر اطلاق می شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت و یا ارتقای سلامت طراحی و اجرا می شود (مجد زاده و همکاران، ۲۰۰۹). نظام سلامت هر کشوری برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت همواره با سیاست سازی و سیاست گذاری جدید یا اصلاح سیاست های قبلی، اصلاحاتی را در سطح ملی و منطقه ای اعمال می نمایند. مدیران، کارگزاران و نمایندگان سیاسی بخش سلامت که نقش اساسی را در اتخاذ یک سیاست جدید یا اصلاح یک سیاست قبلی دارند، نیازمند به اطلاعات جامع و در عین حال دقیق هستند (برنامه توسعه ۵ ساله خدمات پزشکی - بهداشتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می دهد موفقیت در اجرای استراتژی های کاهش فاصله تبدیل دانش به عمل، وابستگی شدید به شناسایی موانع و تسهیل کننده های آن در هر محیط خاص دارد (پلاسیاگر و تیلبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸، ابرگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). توقع از سیاست گذاران برای اینکه خود به جستجو و ارزیابی شواهد پردازند و انطباق سیاست ها با شرایط محلی را بر عهده بگیرند، غیر واقع بینانه است (ایمانی نصب و همکاران، ۲۰۱۵). تعرفه گذاری خدمات سلامت یک ابزار سیاست گذاری مناسب برای کاهش مشکلات نارسایی های بازار سلامت است که بر دسترسی، عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در نظام سلامت تأثیر زیادی دارد. تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت در برنامه طرح تحول سلامت افزایش چشمگیری داشت (مصدق راد و همکاران، ۱۳۹۸). توسعه ساختار منابع انسانی با رشد فنآوری افزایش یافته است و فنآوری اطلاعات پیشرفته به دنبال خود مهارت پیشرفته ایجاد می کند. فنآوری اطلاعات دامنه مهارتی انسان را توسعه می دهد و زمینه هایی نظیر مهارت برقراری ارتباط کلامی، مهارت ارتباط کتبی، مهارت ارتباط نمایشی، مهارت قانع سازی و مهارت استفاده از اطلاعات را در کارکنان ایجاد و تقویت می کند (چانگ و گرهام<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). منابع انسانی و دانش مدیریت، امروزه به عنوان سرمایه های مهم و رقابتی سازمان ظهور پیدا کرده اند، و مدیران منابع

<sup>1</sup> MH S. Health in the 5 [th] 5-years development plan of Iran

<sup>2</sup> Pelsmacker

<sup>3</sup> Oberg

<sup>4</sup> Chuang S, Graham

انسانی آگاه به اهمیت منابع انسانی، قادر به ایجاد مزیت رقابتی برای آینده سازمان خواهند بود. این تغییر جایگاه، برای منابع انسانی باعث توجه بیش تر نسبت به ارزش منابع انسانی در جهت توسعه‌ی نقش‌های استراتژیک شده است (تنکه نژاد، ۲۰۱۳). با گذشت تقریباً ۷ سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت، لزوم بررسی عوامل مؤثر بر طرح تحول سلات ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا محقق درصدد است که به بررسی و کشف عوامل مؤثر بر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی بپردازد. بنابراین با توجه به موارد ذکر شده محقق درصدد است تا به بررسی و کشف عوامل مؤثر بر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی بپردازد.

### مواد و روش‌ها

هدف پژوهش حاضر کشف عوامل مؤثر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی است. به منظور درک مفاهیم و ابعاد موضوع مورد پژوهش، نیازمند توجه به تنوع مفاهیم این موضوع از منظر خبرگان ذینفع و ذیربط می‌باشد تا به فصل مشترکی از مفاهیم مرتبط دست یابیم. با توجه به عوامل فوق، در پژوهش حاضر جهت شناسایی ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه ساختار و منابع انسانی در وزارت درمان و آموزش پزشکی در بافت و بستر خاص خود، از روش تحقیق کیفی به شیوه نظریه داده بنیاد استفاده شد. تئوری داده بنیاد یک روش تحقیق کیفی است که برای بررسی فرایندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسانی به کار می‌رود. این تئوری، روشی فرآیند محور است که امکان بررسی و تغییر یک پدیده در طول زمان و توصیف مراحل مختلف آن را می‌دهد و در سال ۱۹۶۷ توسط گلیزر و اشتراوس در کتابی با عنوان "بررسی گرند تئوری: استراتژی‌های کیفی" معرفی گردید. در این گروه از تحقیقات، هدف تنها معنی‌دار نمودن اطلاعات کیفی نیست، بلکه هدف تعیین ارتباط بین طبقات مفهومی و شرایطی است که تحت آن شرایط، ارتباطات تئوریک به‌دست آمده، تغییر کرده و یا برقرار می‌شود. در این نوع روش تحقیق، محقق فرضیات ذهنی خود را در تئوری به وجود آمده دخالت نمی‌دهد، زیرا در ابتدا فرضیه‌ای انتخاب نکرده است تا به دنبال رد یا اثبات آن باشد و در جریان انجام مصاحبه‌ها، نظریه شکل یافته در ذهن خود را به‌طور مستمر با نظر خبرگان و دست‌اندرکاران آگاه مقایسه می‌نماید. لذا می‌تواند مورد وثوق بیشتر قرار بگیرد و ادعا گردد که این روش مدل مناسب‌تری ارائه می‌نماید. در این پژوهش، به مدد مطالعه منابع علمی و مصاحبه با خبرگان طراحی و تدوین مدل طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی طراحی شده است. بدین منظور از کارکنان و پرسنل درمان به روش هدفمند و گلوله برفی بر اساس تخصص، تسلط نظری، تجربه مدیریت در وزارت درمان و آموزش پزشکی و تمایل و دسترسی از آنها نمونه‌گیری شد. در این پژوهش ابتدا ۳ نفر از پژوهشگرانی که در زمینه مدل توسعه ساختار و منابع انسانی در وزارت درمان و آموزش پزشکی انجام داده بودند انتخاب و مصاحبه با آنها انجام گرفت. پس از انجام مصاحبه نفرات جدیدی توسط آنها معرفی شدند که مورد مصاحبه قرار گرفتند و به همین شکل فرایند مصاحبه ادامه یافت. با انجام ۱۹ مصاحبه، تشخیص محقق این بوده است که اطلاعات گردآوری شده به نقطه اشباع رسیده و نیازی به انجام مصاحبه‌های بیشتر نیست. در نهایت از نتایج ۱۵ مصاحبه استفاده شد و ۴ مصاحبه به علت تکرار زیاد حذف

گردیدند. فرایند مصاحبه به گونه‌ای طراحی گردید که بعد از هر مصاحبه، داده‌ها، کدگذاری و تحلیل شد تا ضمن شناسایی ابعاد مطرح شده، توسط صاحب‌نظران اولیه، این ابعاد در مصاحبه‌های بعدی پیگیری شوند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته بود که فرایند آن در چهار مرحله حاضر طراحی و اجرا گردید: الف) برنامه ریزی اقدامات اولیه جهت هماهنگی‌های لازم برای مصاحبه. ب) شروع مصاحبه با ارائه اصلاحات کلی موضوع و اهداف تحقیق از طریق پژوهشگر. ج) طرح سوالات مصاحبه براساس اهداف تحقیق و نتایج مصاحبه‌های قبلی. د) جمع‌بندی و تحلیل داده‌های مصاحبه.

در تحقیق حاضر، مصاحبه‌ها بصورت حضوری با یادداشت برداری و تعدادی نیز ضبط شده (با کسب اجازه از مصاحبه شونده‌گان) انجام شدند. پس از انجام مصاحبه با خبرگان و صاحب‌نظران، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند و سپس داده‌های جمع‌آوری شده تحلیل و ترکیب شدند. به عبارت دیگر داده‌های مشترک یکسان‌سازی و دسته‌بندی شدند.

**روایی کدگذاری.** جهت تعیین روایی (تأییدپذیری) یافته‌ها نیز از سه تکنیک جمع‌آوری داده‌ها از منابع متعدد، تحلیل موارد منفی و انعطاف روش استفاده گردید. منابع داده‌ها متنوع بوده و همسوسازی به کار گرفته شده است. پژوهشگر در تحلیل موارد منفی مصاحبه‌ها، تبیین‌های متناقض تفسیر شده را در داده‌ها حل کرد. همچنین برنامه مصاحبه، بارها ارزیابی مجدد شده و محتوا و فرآیندهای آن مورد بازبینی قرارگرفت و در تفسیرها، پیشنهادها و یافته‌ها کاملاً منعطف عمل شد.

**پایایی کدگذاری.** در این پژوهش برای محاسبه پایایی از روش توافق درون موضوعی استفاده شد. به این معنا که از یک دانشجوی مقطع دکتری مدیریت خواسته شد تا به عنوان همکار پژوهش (کدگذار) در پژوهش مشارکت کند. آموزش‌ها و تکنیک‌های لازم جهت کدگذاری مصاحبه‌ها به ایشان انتقال داده شد. در هر کدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در نظر دو نفر مشابه هستند با عنوان "توافق" و کدهایی که غیرمشابه هستند با عنوان "عدم توافق" مشخص شدند. سپس محقق به همراه این همکار تعداد سه مصاحبه را کدگذاری کرده و درصد توافق درون موضوعی که به عنوان شاخص پایایی تحلیل به کار می‌رود با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

| جدول ۱. نتایج حاصل از پایایی کدگذاری‌ها به روش درصد توافق درونی موضوعی |                  |               |                   |                         |
|--|------------------|---------------|-------------------|-------------------------|
| شماره مصاحبه   | تعداد کل داده‌ها | تعداد توافقات | تعداد عدم توافقات | پایایی باز آزمون (درصد) |
| ۱۰   | ۵۰               | ۴۸            | ۲                 | ۹۶ درصد                 |
| ۱۵   | ۵۷               | ۵۵            | ۲                 | ۹۶/۴ درصد               |
| ۳  | ۵۴               | ۵۳            | ۱                 | ۹۸ درصد                 |

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد کدهای ثبت شده توسط هر دو محقق برابر ۵۴، تعداد کل توافقات بین این کدها ۱۶۱ و تعداد عدم توافقات ۵ می‌باشد. پایایی بین دو کدگذار با استفاده از فرمول ذکر شده ۹۸ درصد است که از ۶۰ درصد بالاتر بود؛ بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است.

روش تحلیل داده‌ها کدگذاری نظری برگرفته از روش نظریه داده‌بنیاد بود. کدگذاری نظری عبارت است از عملیاتی که طی آن داده‌ها تجزیه، مفهوم‌سازی، و به شکل تازه‌ای در کنار یکدیگر قرار داده می‌شوند و فرایند اصلی است که طی آن نظریه بر اساس داده‌ها تدوین می‌شود. در این روش سه رکن اصلی مفاهیم، مقوله‌ها و قضیه‌ها وجود دارند. نظریه‌ها نمی‌توانند بر اساس رویدادها یا فعالیت‌های واقعی آنطور که مشاهده یا گزارش می‌شوند، ساخته شوند؛ نظریه‌ها بر اساس داده‌های خام شکل می‌گیرند. مقوله‌ها نسبت به آنچه مفاهیم نشان می‌دهند تجربیدی‌تر و در سطح بالاتری قرار دارند. یعنی ترکیب یا کنار هم قرار دادن چند مفهوم تشکیل یک مقوله یا طبقه می‌دهند و برای شکل‌گیری، همان فرایند مقایسه‌ای را طی می‌کنند تا یافته و مفهومی بین یک مقوله و مفاهیم آن و بین مقوله‌های معین است. تحلیل داده‌ها، محور اصلی نظریه برخاسته از داده‌هاست. در هر مطالعه به عنوان یک کل، جمع‌آوری داده‌ها، تنظیم داده‌ها و تحلیل داده‌ها بهم وابستگی متقابل دارند. درون این چارچوب کلی، تحلیل داده‌ها برای هر مورد متضمن ایجاد مفاهیم از طریق فرایند کدگذاری است که بیانگر عملیاتی است که به وسیله آنها داده‌ها تجزیه، مفهوم‌سازی و به طریقی جدیدی منظم می‌شوند. این فرایند است که بدان طریقی تئوری‌ها از داده‌ها ساخته می‌شوند. برای تحلیل داده‌های بدست آمده از سه نوع کدگذاری استفاده خواهد شد که عبارتند از: کدگذاری باز، محوری و انتخابی. براین اساس ضرورتاً محقق در این پژوهش ابتدا به کدگذاری باز، سپس محوری و در نهایت به کدگذاری انتخابی خواهد پرداخت.

#### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان و خبرگان در پژوهش حاضر از نظر جنسیت ۱۰ نفر مرد بودند و ۵ نفر نیز زن. از نظر سنی ۲ نفر کمتر از ۳۵ سال سن داشتند، ۶ نفر بین ۳۵ تا ۴۵ سال و ۷ نفر نیز بالای ۴۵ سال بودند. از نظر تحصیلات، ۱۲ نفر از خبرگان تحصیلات دکتری داشته و ۳ نفر کارشناسی ارشد دارند. در نهایت ۶ نفر بین ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه‌کاری داشته ۹ نفر نیز بالای ۲۰ سال تجربه کاری دارند.

#### اجرای روش تئوری داده بنیاد

اجرای روش تئوری داده بنیاد با انجام مصاحبه‌ها، گردآوری و کدگذاری داده‌ها آغاز گردید به طوری که پژوهشگر با انجام مصاحبه‌های اکتشافی اولیه مهارت بیشتری در انجام مصاحبه یافته که این امر برای پژوهش بسیار مهم بود؛ همچنین رکوردهای ضبط شده مصاحبه‌ها در یک پایگاه داده نامگذاری و ذخیره شده‌اند که این پایگاه داده بر مبنای نام مصاحبه‌شونده، فایل صوتی مصاحبه و تاریخ انجام مصاحبه‌ها تنظیم گردیده است. پژوهشگر برای انجام پژوهش پس از ذخیره‌سازی آنها اقدام به گوش دادن و پیاده‌سازی آنها کرده است. مبنای بسط تئوری داده بنیاد مفهوم سازی داده‌ها است که این کار از طریق کدگذاری باز و روش مقایسه دائمی در طول انجام پژوهش صورت پذیرفته است. به این شکل که به هر داده یک کد مفهومی اختصاص داده می‌شود و داده‌ها از سطح تجربی به سطح تئوریک انتقال می‌یابند، به تدریج با افزایش سطح مفهومی و تجربیدی پس از انجام مقایسه‌های دائمی، طبقات محوری ظهور می‌یابند که طبقات محوری از طریق اشباع، مرتبط بودن و قابلیت

کاربرد مشخص می‌گردند. در حین پژوهش براساس نمونه‌گیری نظری در هر جا که لازم بود پژوهشگر به سمت مآخذ بعدی گردآوری داده‌ها و اخذ مصاحبه‌ها هدایت می‌شد تا کفایت نظری، کاملیت نظری و اشباع و متراکم سازی مفاهیم ایجاد شود.

در مرحله نخست به گردآوری داده‌های کیفی از خلال مصاحبه‌های عمیق با مشارکت کنندگان پژوهش پرداخته شد. در فرآیند کدگذاری باز، مضمون‌های بسیاری حاصل شد که طی فرآیند رفت و برگشتی تحلیل داده‌ها، مجموعه این داده‌های کیفی اولیه به مقوله‌های کمتری تقلیل یافت. در بررسی هدف در جامعه کارکنان و پرسنل درمان تربیت بدنی، به بررسی توسعه منابع انسانی پرداخته شده است. بنابراین سوالات طراحی شده‌اند. در ادامه به بررسی هر یک از این مقوله‌های به دست آمده در مرحله کیفی پرداخته شده است.

به منظور کدگذاری باز، تمامی مصاحبات در نرم افزار Maxqda وارد شده‌اند. بررسی‌های لازم انجام شده و کدهای مورد نظر استخراج شدند. برچسب گذاری کدها با استناد به مصاحبه‌ها انجام شده است و محقق سعی کرده است تا حد ضرورت به بینش افراد نسبت به پاسخ داده شده پایبند باشد تا از هرگونه سوگیری احتمالی و ناخواسته تا حد امکان جلوگیری شود. محقق در تمام فرآیند کدگذاری‌ها به حساسیت نظری که از اصول تحقیقی نظریه پردازی داده بنیاد است پایبند بوده است و این کار را جهت غنای هرچه بیشتر تحقیق انجام داده است.

بعد از استخراج کدهای باز به دسته بندی و مفهوم سازی پس از هر مصاحبه پرداخته شد و مفاهیم به صورت پیوسته و با مقایسه مستمر بازنگری شدند و مفاهیم نهایی و مقولات تشکیل شدند.

طی کدگذاری محوری، مقوله‌های مستخرج از کدگذاری باز، محوری و انتخابی به ۶ مقوله دسته‌بندی شد که شامل: شرایط علی، شرایط مداخله گر، شرایط زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها. در ادامه چگونگی شکل گیری شرایط علی، مداخله گر، بستر، راهبردها و پیامدها براساس جدول و نمودار بیان شده است.

| جدول ۲. یادداشت نظری، ریشه یابی شرایط (علی، مداخله گر و زمینه‌ای) پژوهش. |                 |   |
|--|-----------------|---|
| کدهای انتخابی  | کدهای محوری     | کدهای باز   |
| عوامل علی  | قوانین و مقررات | برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت و کارگاه‌های آموزشی مناسب  |
|  |                 | حمایت مالی و پرداختن به برنامه‌های توانمندسازی در چشم انداز بلندمدت وزارت درمان و آموزش پزشکی |
|  |                 | بازنگری ساختار سازمانی (پیچیده و متمرکز)  |
| عوامل علی  | قوانین و مقررات | حذف روابط و اصلاح ضوابط استخدامی  |
|  |                 | اجتناب از جهت‌گیری‌های عقیدتی، سیاسی و ایدئولوژیکی در ضوابط استخدامی                          |
|  |                 | ارتقای اعضای سازمانی براساس شایستگی‌ها (شایسته  |

| جدول ۲. یادداشت نظری، ریشه یابی شرایط (علی، مداخله گر و زمینه‌ای) پژوهش. |  |   |
|--|--|---|
| کدهای انتخابی  | کدهای محوری  | کدهای باز   |
|  | شرایط مالی و اقتصادی   | پروری)  |
|  |  | افزایش میزان حقوق کارکنان و پرسنل درمان   |
|  |  | ایجاد امکانات جانبی (بیمه عمر، درمانی، وام)                                       |
|  |  | پرداخت به موقع حقوق   |
|  | محتوای برنامه آموزش پزشکی  | اقدامات مبتنی بر اسناد بالادستی   |
|  |  | فلسفه و اصول درمان و آموزش  |
|  |  | بازنگری برنامه ریزی و راهبردهای سازمان  |
|  |  | کاربردی کردن محتوای آموزشی درمانی   |
| عوامل زمینه ای   | برنامه های اصلی وزارت و وزارت درمان و آموزش پزشکی                | اعتماد دولت به نقش وزارت درمان و آموزش پزشکی به عنوان واحد درمان و آموزش پزشکی    |
|  |  | ارائه تمهیدات لازم به بخش غیردولتی برای سرمایه گذاری در وزارت درمان و آموزش پزشکی |
|  |  | اعمال رویکردهای غیرسیاسی در اداره وزارت درمان و آموزش پزشکی                       |
|  |  | حذف تاکیدات کمی و جایگزینی کیفیت محوری  |
|  | برنامه های جانبی وزارت درمان و آموزش پزشکی                       | فراهم نمودن بستر مدیریت مشارکتی   |
|  |  | ایجاد مراکز بالندگی کارکنان و پرسنل درمان در دانشگاه ها                           |
|  |  | ایجاد محیطی پویا و شاداب در مراکز درمان   |
|  |  | اجرای منشور اخلاقی  |
| پشتیبانی از برنامه های توسعه منابع انسانی در وزارت درمان و آموزش پزشکی   | وجود تجهیزات و امکانات آزمایشگاهی مناسب                          |   |
|  | امکان فرصت های مطالعاتی داخلی و خارجی برای کارکنان و پرسنل درمان |   |
|  | تسریع روال اداری و مالی طرح های پژوهشی                           |   |
|  | امکان دسترسی به اینترنت و خدمات مدرن و به روز                    |   |
| عوامل مداخله گر  | ویژگی های فردی کارکنان و پرسنل درمان                             | روحیه خود باوری و عزت نفس   |
|  |  | علاقه به شغل  |
|  |  | تناسب روحیات و محیط کار   |
|  |  | میزان مهارت و تجربه فردی  |



| جدول ۲. یادداشت نظری، ریشه‌یابی شرایط (علی، مداخله‌گر و زمینه‌ای) پژوهش. |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| کدهای انتخابی  | کدهای محوری                       | کدهای باز  |
|  | عوامل اجتماعی                     | ایجاد ارزش و احترام اجتماعی برای کارکنان و پرسنل درمان         |
|  |                                   | قدردانی و برگزاری برنامه‌های فرهنگی برای کارکنان و پرسنل درمان |
|  |                                   | ترویج فرهنگ درمانی در جامعه                                    |
|  |                                   | احیای نقش کادر درمان در سطح جامعه                              |
| راهبردها   | بهینه‌سازی منابع انسانی و مدیریتی | جذب مدیران توانمند و متخصص و با تجربه آموزشی                   |
|  |                                   | حرکت به سمت نظام آموزشی مشارکتی                                |
|  |                                   | تقویت فرهنگ سازمانی پاسخگو                                     |
|  |                                   | توسعه مدیریت دانایی محور                                       |
|  | بهینه‌سازی ساختار فیزیکی          | استانداردسازی امکانات (فضا، رفاهی، خدماتی و مالی)              |
|  |                                   | اصلاح معماری و زیباسازی مراکز درمان                            |
|  |                                   | ایجاد فضای سبز متنوع   |
|  |                                   | سرعت تصمیم‌گیری  |
|  | تقویت فرآیندها و اقدامات انگیزشی  | انعطاف‌پذیری   |
|  |                                   | تقویت نظام پاداش دهی   |
|  |                                   | هوشمندسازی سازمانی   |
|  |                                   | توسعه دانش تخصصی و پیشگیری و درمانی                            |
|  | توسعه دانش                        | آگاهی از تخصص‌های درمانی مدرن                                  |
|  |                                   | انتخاب راهبرد آموزش پزشکی مشارکتی مناسب                        |
|  |                                   | ارتقای کیفیت دوره‌های آموزشی                                   |
|  |                                   | افزایش انگیزه کارکنان  |
| پیامدها  | بهبود فرآیند توانمندسازی          | تناسب درمان و تخصص   |
|  |                                   | بهبود ویژگی‌های حرفه‌ای کارکنان و پرسنل درمان                  |
|  |                                   | تقویت تعامل وزارت درمان و آموزش پزشکی و جامعه                  |
|  | پاسخگویی به نیازهای جامعه         | متناسب‌سازی درمان و آموزش پزشکی با ساختار جامعه                |
|  |                                   | جهت‌گیری اهداف مشترک وزارت درمان و آموزش پزشکی و جامعه،        |
|  |                                   |  |
|  |                                   |  |

**شرایط علی:** شرایط علی عبارتست از حوادث یا رویدادهایی که به وقوع یا گسترش پدیده ای می انجامد. در پژوهش حاضر براساس دیدگاه مشارکت کنندگان مقوله های چالش مدیریت زمان، مدیریت هزینه، مدیریت روابط، تصمیم گیری مناسب، رفاه و آسایش و تکنیک های بازاریابی شناسایی شده و آن را به مقوله وسیع تر دیگری به نام شرایط علی ارتباط داده شده است.

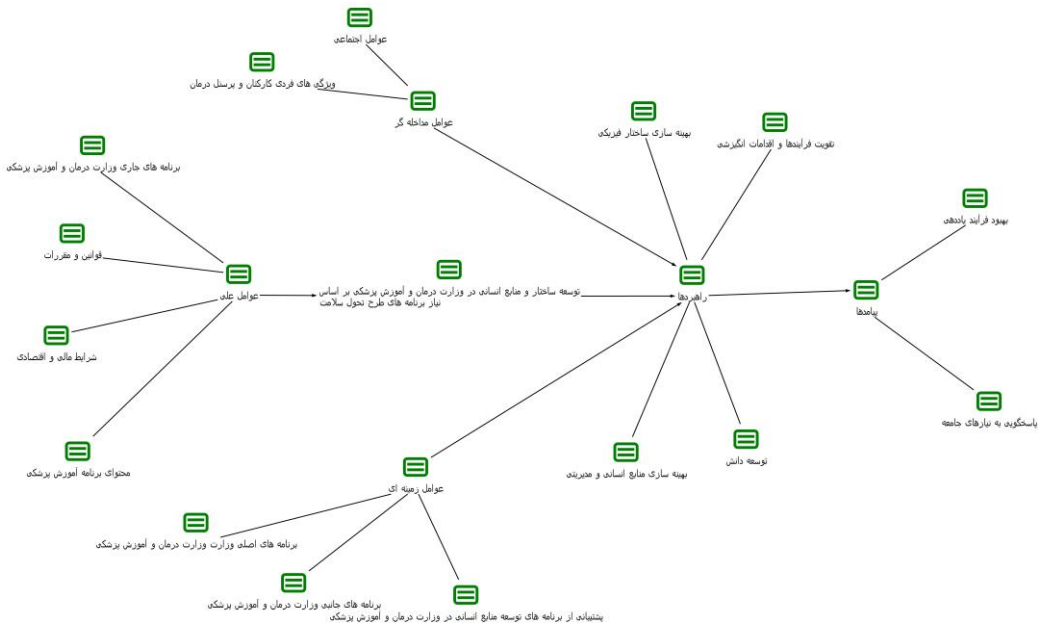
**راهبردها:** راهبردها مبتنی بر کنش ها و واکنش هایی برای کنترل، اداره و بازخورد پدیده مورد بررسی هستند. راهبردها هدفمند هستند به دلیلی صورت می گیرند. همواره شرایط مداخله گری نیز حضور دارند که راهبردها را سهولت می بخشند و یا آن را محدود می کنند.

**پیامدها:** نتایجی که در اثر راهبردها پدیدار می شود. پیامدها نتایج و حاصل کنش ها و واکنش ها هستند. پیامدها را همواره نمی توان پیش بینی کرد و الزاما همان هایی نیستند که افراد قصد آن را داشته اند. پیامدها ممکن است حوادث و اتفاقات باشند، شکل منفی به خود بگیرند، واقعی یا ضمنی باشند و در حال یا آینده به وقوع بپیوندند. هم چنین این امکان وجود دارد که آن چه که در برهه ای از زمان پیامد به شمار می رود در زمانی دیگر به بخشی از شرایط و عوامل تبدیل شوند.

**شرایط زمینه ای:** بستر یا زمینه مجموعه مشخصه های ویژه ای است که به پدیده مورد نظر دلالت می کند؛ یعنی محل حوادث و وقایع متعلق به پدیده. بستر نشانگر مجموعه شرایط خاصی است که در آن راهبردهای کنش و واکنش صورت می پذیرد.

**شرایط مداخله ای:** شرایط ساختاری که به پدیده ای تعلق دارند و بر راهبردهای کنش و واکنش اثر می گذارند. آنها راهبردها را در درون زمینه خاصی سهولت می بخشند یا آنها را محدود و مقید می کنند.

از میان عوامل شناسایی شده، پارادایم کدگذاری محوری انجام شد و براساس آن ارتباط خطی میان مقوله های پژوهش شامل شرایط علی، مقوله های محوری، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله گر، راهبردها و پیامدها مشخص شد. شکل ۱، پارادایم کدگذاری محوری و به عبارت دیگر مدل فرآیند کیفی پژوهش را نشان می دهد.



شکل ۱. خروجی گرافیکی نرم افزار MAXQDA

هدف از این تحقیق بررسی و کشف عوامل مؤثر بر توسعه طرح تحول سلامت در وزارت درمان و آموزش پزشکی می باشد نتایج تحقیق نشان داد که مقوله‌های مستخرج از کدگذاری‌ها در شش طبقه دسته‌بندی شدند که شامل عوامل علی، عوامل مداخله‌گر، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها بودند. شرایط علی حوادث، وقایع و اتفاقاتی هستند که به وقوع یا گسترش پدیده مورد نظر می‌انجامد و یا وقایعی که از نظر زمانی مقدم بر پدیده مورد نظر هستند. در مدل پیشنهادی شش کد محوری «برنامه‌های جاری وزارت درمان و آموزش پزشکی»، «قوانین و مقررات»، «شرایط مالی و اقتصادی»، «محتوای برنامه آموزشی» به عنوان شرایط علی در نظر گرفته شده است. برنامه‌های جاری وزارت درمان و آموزش پزشکی براساس کدهای اولیه برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت و کارگاه‌های آموزشی مناسب، حمایت مالی و پرداختن به برنامه‌های توانمندسازی در چشم انداز بلندمدت وزارت درمان و آموزش پزشکی و بازنگری ساختار سازمانی (پیچیده و متمرکز) بوده، قوانین و مقررات براساس کدهای اولیه حذف روابط و اصلاح ضوابط استخدامی، اجتناب از جهت‌گیری‌های عقیدتی، سیاسی و ایدئولوژیکی در ضوابط استخدامی، ارتقای اعضای سازمانی براساس شایستگی‌ها (شایسته‌پروری) تعریف شده اند. نتایج این بخش از تحقیق با یافته‌های وانگ<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) و رتینمایر<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) همراستا می باشد.

اگر سلسله شرایط خاصی را که در آن استراتژی‌ها و کنش‌های متقابل برای اداره کردن، کنترل و پاسخ به پدیده صورت می‌گیرد به عنوان شرایط بستر در نظر گرفته شود بسترهای سازمانی و بسترهای مدیریتی به عنوان کدهای محوری شناسایی شدند. بسترهای سازمانی عبارتند از برنامه‌های اصلی وزارت درمان و آموزش پزشکی و برنامه‌های جانبی وزارت درمان و آموزش پزشکی. نتایج این بخش از تحقیق با یافته‌های حسین و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) و بائور<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) همراستا می باشد. شرایط مداخله‌گر عواملی هستند که شرایط علی را تسهیل می کنند یا بر اثر این شرایط تداخل ایجاد کرده و مانع آن می شود. به عبارت دیگر شرایط مداخله‌گر خود به تنهایی منجر به رفتار نمی شود اما می‌تواند بر اثر شرایط علی بر رفتار اثرگذار باشند. در این پژوهش "ویژگی‌های فردی پرسنل درمان و "عوامل اجتماعی" به عنوان شرایط مداخله‌گر محسوب می‌شوند. نتایج این بخش از تحقیق با یافته‌های بهادری و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) و کامبون و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۱۹) همراستا می باشد. در نهایت پیامدها، نتایج و حاصل راهبردها و یا کنش‌ها واکنش‌ها هستند. به عبارت دیگر، هر جا انجام یا عدم انجام کنش / واکنش معینی در پاسخ به امر یا مسئله ای یا به منظور اداره یا حفظ موقعیتی از سوی فرد یا افرادی انتخاب شود، پیامدهایی پدید می‌آید. برخی از پیامدها خواسته و برخی ناخواسته اند. در این پژوهش نتایج بهینه سازی منابع انسانی و مدیریتی، بهینه سازی ساختار فیزیکی، تقویت فرآیندها و اقدامات انگیزشی و توسعه دانش به عنوان پیامدهای ناشی از تدوین و

<sup>1</sup> Wang

<sup>2</sup> Rettenmaier

<sup>3</sup> Hossain

<sup>4</sup> Baur

<sup>5</sup> Bahadori & et al

<sup>6</sup> Cambon& et al

طراحی طراحی و تدوین مدل توسعه ساختار و منابع انسانی در وزارت درمان و آموزش پزشکی بر اساس نیاز برنامه‌های طرح تحول سلامت ر نظر گرفته شده است. نتایج این بخش از تحقیق با یافته‌های سچر و برک<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) و دونوان و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) همراستا می‌باشد.

جهت تعیین روایی (تأییدپذیری) یافته‌ها نیز از سه تکنیک جمع‌آوری داده‌ها از منابع متعدد، تحلیل موارد منفی و انعطاف روش استفاده گردید. منابع داده‌ها متنوع بوده و همسوسازی به کار گرفته شده است. پژوهشگر در تحلیل موارد منفی مصاحبه‌ها، تبیینات متناقض تفسیر شده را در داده‌ها حل کرده است. همچنین برنامه مصاحبه، بارها ارزیابی مجدد شده و محتوا و فرآیندهای آن مورد بازبینی قرار گرفته و در تفسیرها، پیشنهادها و یافته‌ها کاملاً منعطف عمل شده است.

اول این‌که یافته و دستاورد نهایی پژوهش حاضر، الگویی نسبتاً جامع و کامل بر اساس استلزامات و ویژگی‌های وزارت درمان و آموزش پزشکی است و از سایر الگوهای ارائه شده توسط صاحب‌نظران با توجه به این‌که برای جوامعی غیر آموزشی تدوین شده‌اند، مناسب‌تر است. سایر الگوهای ارائه شده برای جوامعی مثل دانشجویان، کارکنان، یا سایر نهادها و سازمان‌های خدماتی بوده است و اگر برخی از آن‌ها برای واحدهای صنعتی بوده است خیلی مختصر بوده‌اند و جامعیت و تعمیم‌پذیری آن‌ها بسیار کم است و نمی‌توانند الگوی مناسبی برای وزارت درمان و آموزش پزشکی باشند. دوم این‌که الگوی به‌دست آمده در مقایسه با سایر الگوها، از نظر ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های بدست آمده، جامعیت بیشتری را نشان می‌دهد. این موضوع با برخی از پژوهش‌های داخلی و خارجی مقایسه شده است که ضمن برخورداری الگوی پژوهش حاضر از اکثر مولفه‌ها و شاخص‌های آن‌ها، تعدادی مولفه و شاخص جدید شناسایی و احصاء نموده است که نقطه قوتی برای پژوهش حاضر است و دستاورد اصلی پژوهش جامعیت الگو و بومی بودن آن برای وزارت درمان و آموزش پزشکی بر اساس ویژگی‌های فعلی واحدهای وزارت درمان و آموزش پزشکی است. نتایج به‌دست آمده از مقایسه الگوی حاضر با سایر پژوهش‌ها در زیر ارائه شده است.

از محدودیت‌های که در اختیار پژوهشگر بود می‌توان به این موارد اشاره نمود؛ الف) به رغم کوشش‌هایی که در جهت رعایت اصول مربوط به انتخاب نمونه (تصادفی و غیرتصادفی) بودن صورت گرفته است اما چون گروه نمونه پژوهش منحصراً در بخش کیفی ۱۵ نفر از خبرگان این حوزه انتخاب شده‌اند، لذا جهت بکارگیری الگوی طراحی شده، بایستی احتیاط کرد و به بومی‌سازی آن اقدام و سپس اجرایی شود. ب) داده‌های تجربی این پژوهش در اثر اجرای یک مقیاس ۵۴ ماده‌ای در ۶ بعد و ۱۵ مؤلفه برای گروه نمونه به دست آمده، لذا اگر از مقیاس‌های دیگری با مضمون متفاوت و طول زیادتر استفاده شود نتیجه آن قابل تعمیم‌تر است. ج) در مجموع نتیجه تحلیل عاملی تأییدی بیانگر این موضوع است که همه ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های شناسایی شده یک عامل زیربنایی را در قالب طراحی و تدوین مدل توسعه ساختار و منابع انسانی در وزارت درمان و آموزش پزشکی بر اساس نیاز

<sup>1</sup> Schur & Berk

<sup>2</sup> Donovan & et al

برنامه های طرح تحول سلامت تبیین می کنند، اما قطعاً مولفه ها و شاخص های دیگری را می توان شناسایی نمود که به رغم تلاش فراوان همچنان مکنون مانده اند و می توانند کشف شوند. همچنین از محدودیت های که خارج از اختیار پژوهشگر بود شامل الف) عدم دقت آزمون در پاسخگویی و ب) مقاومت سلسله مراتب سازمان در خصوص اجرای پرسشنامه مذکور بود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان می باشد. بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی و تشکر می گردد.

### منابع و مآخذ

توان ، حامد، منتی ، رستم، علیمردانی ، عمران، صیادی ، فاطمه ، برجی، میلاد(۱۳۹۴) بررسی میزان رضایت از طرح تحول سلامت از دیدگاه بیماران و همراهان بیمار از خدمات بیمارستان شهید مصطفی خمینی(ره) شهر ایلام در سال ۱۳۹۴، مجله پرستاری گروه های آسیب پذیر، سال دوم شماره ۴ (پیاپی ۵) ، صص ۲۷-۳۹. مصدق راد، علی محمد، درودی & افشاری. (1398). تأثیر طرح تحول سلامت بر تعرفه خدمات جراحی و بیهوشی: یک مطالعه طولی. مجله علوم پزشکی رازی. 25(12), 17-32.

Akbari ME, Mohammadi G, Vosoogh-Moghaddam A, Rabanikhah F, Javadi H, Rostami-Gooran N, et al National health guidelines in IR of Iran, an innovative approach for developing countries. 2015;8(2):77.

Baur CJCQoHE. An analysis of factors underlying e-health disparities. 2008;17(4):417-28

Bahadori M, Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Ravangard RJJoe, promotion h. The effects of an interventional program based on self-care model on health-related quality of life outcomes in hemodialysis patients. 2014;3.

Cambon L, Terral P, Alla FJBPH. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. 2019;19(1):1-7.

Chuang S, Graham CM. Embracing the sobering reality of technological influences on jobs, employment and human resource development. European Journal of Training and Development. 2018

Donovan RJ, Henley N, Jalleh G, Silburn SR, Zubrick SR, Williams AJHPJoA. People's beliefs about factors contributing to mental health: implications for mental health promotion. 2007;18(1):50-6

De Pelsmacker P, Van Tilburg S, Holthof CJIJoHM. Digital marketing strategies, online reviews and hotel performance. 2018;72:47-55.

Hossain P, Das Gupta R, YarZar P, Salieu Jalloh M, Tasnim N, Afrin A, et al. 'Feminization' of physician workforce in Bangladesh, underlying factors and implications for health system: Insights from a mixed-methods study. 2019;14(1):e0210820

Imani-Nasab M, Seyedin S, Majdzadeh S, Yazdizadeh B, Salehi MJJoHA. Factors affecting the development of evidence-based health policy papers at the Ministry of Health Care and Medical Education. 2015;18(60)

MAJDZADEH R, Delavari A, Rajabi F, Khatibzadeh S, Esmailzadeh H, BAGHERI LK. Iran's health innovation and science development plan by 2025. 2009

MH S. Health in the 5 [th] 5-years development plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. 2013.

Oberg G, Mason-Renton SAJES, Policy. On the limitation of evidence-based policy: Regulatory narratives and land application of biosolids/sewage sludge in BC, Canada and Sweden. 2018;84:88-96.

Rettenmaier AJ, Wang ZJTEJoHE. What determines health: a causal analysis using county level data. 2013;14(5):821-34.

Schur CL, Berk MLJHcfr. Choice of health plan: implications for access and satisfaction. 1998;20(1):29.

Savic M, Dilkes-Frayne E, Carter A, Kokanovic R, Manning V, Rodda SN, et al. Making multiple 'online counsellings' through policy and practice: an evidence-making intervention approach. 2018;53:73-82

Tonke Nejad M DA. Human resource development with the sociological approach of the organization. Quarterly Journal of Human Resources Management Research, [In Persian]. Imam Hossein University. 2013;1(3)

Wang L, Zhou Y, Wang F, Ding L, Love PE, Li SJSC, et al. The Influence of the Built Environment on People's Mental Health: An Empirical Classification of Causal Factors. 2021;74:103185