

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات ۳۱۵ - ۲۸۳

ارائه مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر توسعه اخلاق حرفه‌ای^۱

اله‌ام صوفی^۲عباس نرگسیان^۳علی اصغر پور عزت^۴

چکیده

با توجه به اهمیت و نقش حوزه سلامت در جامعه و تاثیر غیر قابل انکار آن بر رشد، بالندگی و توسعه کشور بررسی و آسیب شناسی سیاست‌ها و خط مشی‌های حوزه بهداشت و درمان اجتناب ناپذیر است. هدف از این تحقیق کیفی ارائه مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر توسعه اخلاق حرفه‌ای است. در این تحقیق از روش داده بنیاد چندگانه کرانهلم و گولد کوهل استفاده شده است. مشارکت کنندگان این تحقیق شامل متخصصان و خبرگان خط مشی گذاری در حوزه درمان و نظام سلامت می باشد که از طریق روش نمونه گیری نظری تعیین گردیدند. جهت شناسایی مقوله های مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید است، که با استفاده از این ابزار با ۳۰ نفر از خبرگان خط مشی گذاری در حوزه درمان و نظام سلامت مصاحبه های عمیق انجام، و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری گردید. در این تحقیق در مرحله کدگذاری استقرایی ۵ مقوله (مقوله محوری، بسترهای حمایتی فردی و سازمانی، زمینه های ساختاری و کارکردی، موانع فردی و سازمانی و اجتماعی، نتایج و پیامدهای فردی و اجتماعی) و ۳۹ مفهوم استخراج شد. و سپس پالایش مفهومی، کدگذاری الگویی (ارائه مدل)، انطباق نظری مدل، اعتبارسنجی تجربی و ارزیابی انسجام نظری مدل و غنی سازی نظریه تشریح گردیدند. با توجه به نقشه راه در دستیابی به سیاست های ۱۵ گانه در نظام تحول سلامت در راستای سیاست شماره ۱، توجه به عملکرد اخلاقی و توسعه اخلاق حرفه ای، خط مشی گذاری در حوزه نظام سلامت در یک محیط ایستا و تک بعدی فعالیت نمی کند و بایستی به صورت پویا و اخلاق گرا ارائه شود. بنابراین وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی این حوزه نیازمند آن هستند که مدل خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت خودش را براساس التزام به رعایت اخلاق حرفه ای در تمام ابعاد تنظیم نماید و نظام بازخورد و ارزیابی برای آن تأسیس نماید.

واژگان کلیدی

اخلاق حرفه ای، مقاومت در برابر خط مشی، انسداد خط مشی، طرح تحول نظام سلامت.

۱. این مقاله از رساله دکتری استخراج شده است.

۲. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی پردیس بین المللی کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: e.soofi1363@gmail.com

۳. دانشیار دانشکده‌گان مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: anargesian@ut.ac.ir

۴. استاد دانشکده‌گان مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: Pourezzat@ut.ac.ir

پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۴

طرح مسأله

خط مشی‌های توسعه یافته بر حسب دیدگاه چند سطحی و مدیریت گذار، در عمل با مقاومت خط مشی‌گذاری چشمگیری مواجه می‌شوند: «با توجه به اشکالات اخیر زمینه‌های خط مشی واقعی (کرن و اسمیت، ۲۰۰۸؛ کرن و هاوالت، ۲۰۰۹)، نقش مدیریت گذار نامشخص باقی می‌ماند» (مارکارد و همکاران، ۲۰۱۲). به عنوان مثال، قریب به یک دهه تفکر گذار، پایه و اساس خط مشی‌های راهبردی انرژی هلند بوده است، اما نتایج حاصل‌قادر به برآورده‌سازی انتظارات نبودند (کرن و اسمیت، ۲۰۰۸). مقاومت در برابر خط مشی پدیده‌ای است که سیستم‌ها تمایل به شکست دادن خط مشی‌های طراحی شده برای بهبود آنها دارند (استرمن، ۱۹۹۴)، که "برخی از مشکلات علی‌رغم تلاش‌های مستمر صورت گرفته جهت حل آنها همچنان پابرجا باقی مانده‌اند" (میدوز، ۱۹۸۲). سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مختلفی توسط سیاستگذاران تدوین و اجرا می‌شود که برخی با اقبال و تعدادی نیز با مقاومت و مخالفت مواجه می‌شوند. همچنین برخی از خط‌مشی‌ها در ابتدا حامیان زیادی دارند؛ اما به تدریج و با آشکار شدن زوایای پنهان آنها مخالفان متعددی می‌یابند. جهت درک اینکه چرا برخی از سیاست‌ها و خطی‌مشی‌های عمومی مورد حمایت قرار می‌گیرند و با برخی از آنها مخالفت می‌شود، لازم است به سوالات اساسی پاسخ داده شود: چه عواملی بر کارایی و اثربخشی سیاست‌ها و خطی‌مشی‌های عمومی تأثیرگذار هستند؟ اگر بتوان این عوامل را شناسایی کرد، سیاستگذاران می‌توانند آنها را هنگام طراحی سیاست‌ها در نظر بگیرند. همچنین می‌توان پیش‌بینی‌هایی درباره عملکرد مورد انتظار از برنامه‌سیاستی ارائه دهند. به نظر می‌رسد تعبیر مقاومت در برابر خط‌مشی تعبیر جدیدی است و هنوز به اندازه کافی ادبیات متقن و مثال‌های دقیق برای آن تولید نشده است. یک شاهد مثال برای این تحلیل، به کارگیری تعاریفی نزدیک به مفاهیم مشابه، مانند شکست خط‌مشی است. کما اینکه غفارزادگان و همکاران در سال ۲۰۱۱، مقاومت در برابر خط‌مشی را صرفاً شکست در دستیابی به اهداف مورد نظر برای خط‌مشی عنوان کرده‌اند. شاهد دیگر، تعداد بالای پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور پیرامون پدیده شکست خط‌مشی می‌باشد و در نقطه مقابل، تقریباً پژوهشی که مستقیماً به پدیده مقاومت در برابر خط‌مشی اشاره کرده باشد، یافت نشد. در نتیجه می‌توان گفت که مفهوم مقاومت در برابر خط‌مشی علی‌رغم اهمیت و تکرار بالا، کماکان در منابع آکادمیک به خصوص منابع داخلی، مورد توجه قرار نگرفته است و لازم است تعاریف دقیق و با مرزبندی مشخص با تعابیر دیگر برای آن تولید شود. پدیده‌ای تحت عنوان شکست خط‌مشی توسط محققان تعریف شده است که قرابت‌هایی با مقاومت در برابر خط‌مشی دارد و حتی در برخی منابع به اشتباه به جای یکدیگر به کار رفته‌اند. مک کانل اذعان می‌کند که یک خط‌مشی اگر

به اهداف بنیادینی که طراحان برای آن برنامه ریزی کرده اند دست پیدا نکند با شکست مواجه شده است؛ حتی اگر در بعضی جنبه‌ها بسیار موفق باشد. فرآیند اجرا به عنوان تکمیل کننده چرخه خط‌مشی، کمک می‌کند خط‌مشی اتخاذ شده توسط فعالیت‌های ساماندهی شده و منظم، پیاده‌سازی شود. اولین ویژگی مشکلات خط‌مشی عمومی، پیچیدگی محیطی ایجاد مشکلات و اتخاذ خط‌مشی‌ها است. این نوع پیچیدگی، موجب آسیب‌پذیر شدن شدید خط‌مشی‌ها در برابر «مقاومت در برابر خط‌مشی» می‌شود (فورستر، ۱۹۷۱؛ استرمن، ۲۰۰۰).

بهبود سلامت انسان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه و با کیفیت بالا یکی از دغدغه‌های اصلی همه کشورهاست. این موضوع نه تنها یک الزام اخلاقی و اجتماعی است، بلکه یک مولفه ضروری برای توسعه بلندمدت پایدار اقتصادی و اجتماعی نیز هست. ارتقای سلامتی باعث بهبود رفاه افراد می‌شود. جامعه‌ای با سطح سلامت بالاتر، عموماً بهره‌وری بیشتری دارد و سطح یادگیری دانش آموزان آن نیز بهتر است. توجه به سلامت انسان‌ها و تلاش جهت حفظ و بهبود آن همیشه یک اولویت اصلی و محوری دولت و حاکمیت بوده؛ به طوری که کلیدواژه «تحول نظام سلامت» در بسیاری از سخنرانی‌ها و میزگردهای مسولین و سیاست‌گذاران خصوصاً در دوره‌های انتخابات به چشم می‌خورد.

طرح تحول نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۳ به منظور افزایش دسترسی و کیفیت خدمات سلامت و کاهش پرداخت مستقیم بیماران توسط وزارت بهداشت اجرا شد. این طرح به ویژه در دو سال اول اجرا، منجر به پوشش بیمه‌ای بیشتر، کاهش پرداخت از جیب مردم، افزایش دسترسی به دارو، ارجاع کمتر مردم به خارج از بیمارستانها برای تهیه داروها و ملزومات پزشکی، کاهش پرداختهای غیررسمی بیماران، کاهش سزارین غیرضروری، ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستانهای دولتی و افزایش رضایت بیمار شد (مصدق‌راد، ۱۳۹۸)؛ اما به تدریج هر چه از زمان اجرای این طرح گذشت مخالفت‌ها و مقاومت‌ها در مسیر تداوم این طرح افزایش یافت؛ تا جایی که برخی از کارشناسان و مسولین از شکست این طرح سخن گفتند. مهمترین بازیگر عرصه سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی کشور بود که نقش اصلی را در تولید سلامت، تامین منابع مالی، ارائه خدمات، و تولید منابع برعهده داشت.

در نقشه تحول نظام سلامت آمده است که مجموعه کشور: الف) باید مشخص کند چه اهدافی را دنبال می‌کند. ب) برای تحقق این اهداف چه راهی را بایستی طی کند و ملزومات تحقق اهداف چه می‌باشد. از آنجا که این تحول می‌بایستی تغییری پایدار، هدفمند و بنیادی باشد لذا بایستی مبتنی بر برنامه ریزی، عقلانیت و مبتنی بر شواهد باشد، تحقق اهداف چشم‌انداز سلامت را دنبال کند و کلیه ابعاد سلامت را در برگیرد. بر اساس نقشه راه در دستیابی به

سیاست‌های ۱۵ گانه در نظام تحول سلامت به تفکیک در راستای هر سیاست، الزاماتی ارائه شده است. در سیاست شماره ۱، نقشه تحول نظام سلامت عوامل ذیل برشمرده شده است:

- ✓ تکریم به مردم
 - ✓ رعایت منشور حقوق بیمار
 - ✓ حساس‌سازی اساتید و دانشجویان به تعهد و تزکیه، اخلاق‌مداری و مسئولیت‌مداری
 - ✓ هدایت دانشجویان در راستای بکارگیری اخلاق حرفه‌ای و رعایت حقوق و ایمنی بیمار.
- در این سیاست تأکید بر اخلاق حرفه‌ای و اخلاق‌گرایی نشان از ضرورت و اهمیت بکارگیری این مقولات در حوزه سلامت می‌باشد. لذا اجرای خط مشی در این حوزه می‌بایست با محوریت توسعه اخلاق حرفه‌ای باشد.

سازمانها برای پویایی و بقای خود نیازمند تدوین و به کارگیری استانداردهای اخلاق حرفه‌ای هستند تا بر اساس آن مدیران و کارکنان بتوانند برای بهره‌مندی هر چه بیشتر ذینفعان ارزشهای مشترک حرفه‌ای را پدید آورند. تدوین اصول اخلاقی حرفه‌ای برای مشاغل حساس رو به افزایش است (طاهرپور کلاتری و پورشافی، ۱۴۰۲). یکی از راهکارهای جوامع حرفه‌ای برای دستیابی به آرمانهای حرفه‌ای، تنظیم نظام اخلاق حرفه‌ای است. رعایت اخلاق حرفه‌ای جزو ماهیت ذاتی حوزه‌ی بهداشت و درمان است و رسالت حرفه‌های مختلف در علوم پزشکی ارایه خدمات مورد نیاز بهداشتی، مراقبتی درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح استاندارد جهت تأمین حفظ و ارتقای سلامت جامعه است (دلجو و همکاران، ۱۴۰۲). هر چند اخلاق در همهی مشاغل ضروری است اما در حرفه‌های مرتبط با بخش بهداشت و درمانی این، عامل ضرورت بیشتری دارد چرا که رفتار معنوی و توأم با مسئولیت کارکنان با بیماران نقش موثری در بهبود بازگشت سلامتی آنان، دارد لذا حرفه‌های مشغول در بخش بهداشت و درمان بر پایه اخلاق استوار است. بنابراین رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکردهای گروههای مختلف پزشکی از سایر موارد مراقبت حساس تر میباشد. ماهیت ذاتی فعالیت در بهداشت و درمان احترام به حقوق انسان از جمله حق زندگی و انتخاب احترام به شان و رفتار با احترام است. رعایت ضوابط اخلاقی در کار حرفه‌های مختلف در بهداشت و درمان منجر به بهبود خدمات میگردد و بهبود کیفیت کار نیروی انسانی تأثیر بسزایی در بهبود بیماران دارد. هر چند که مفهوم حرفه‌گرایی رجمیت بخشیدن به نیازهای بیماران بر نیازهای فردی است اما انجمن برد طب داخلی آمریکا عناصر اخلاق حرفه‌ای را صفاتی مانند: نوع دوستی، مسئولیت‌پذیری، تعالی شرافت و صداقت و احترام به دیگران برشمرده است (رکنی، ۱۴۰۲).

وجود یک ابزار مؤثر برای اطلاع‌رسانی و متقاعدسازی ذینفعان، از ضروریات توسعه مطلوب خط مشی است. در غیر این صورت، فشارهای اجتماعی از سوی شهروندان، مخالفان سیاسی،

گروه های فشار، لابی گران و سایر حوزه ها می تواند منجر به اعمال خط مشی هایی متمرکز بر سود کوتاه مدت شود که نهایتاً به قیمت نتایج بلندمدت تمام می شود. در سیستم های پیچیده، اغلب خط مشی های همراه با بیشترین سود آنی، در درازمدت زیان بار خواهند بود. علیرغم اینکه فشارهای اجتماعی مشخصه اکثر سیستم های انسانی هستند، فشارهای اجتماعی جزئی مهم در حوزه عمومی هستند به ویژه با توجه به نیاز خط مشی گذاران به حفظ ائتلاف های گسترده حمایتی. با توجه به پژوهش های پیشین، می توان این مفاهیم را به صورت زیر تعریف و مرز تفاوت آن ها را مشخص کرد. خاتمه خط مشی به معنای توقف اجرای خط مشی، رهاشدگی خط مشی به معنای عدم اهتمام مجریان به اجرای خط مشی، شکست خط مشی به معنای عدم دستیابی به اهداف مورد نظر در خط مشی می باشد؛ در حالی که مقاومت در برابر خط مشی اثری فراتر دارد. بنابر نظر استرمن که به آن اشاره شد، گاهی اوقات نه تنها خط مشی ها به اهداف مورد نظر دست پیدا نمی کنند، بلکه باعث وخیم تر شدن اوضاع می شوند. در واقع می توان گفت مقاومت در برابر خط مشی نوعی از شکست خط مشی است که اثرات مخرب تری از حال معمول دارد و در از زاویه ای دیگر می توان گفت که بروز پدیده مقاومت در برابر خط مشی، منجر به شکست خط مشی می شود. گرچه به نظر می رسد در برخی منابع و پژوهش ها مرز بین این پدیده ها (به خصوص شکست خط مشی و مقاومت در برابر خط مشی) به روشنی مشخص نشده است که این موضوع خود نشان دهنده نیاز به انجام پژوهش های دقیق تر است.

با توجه به اهمیت و نقش حوزه سلامت در جامعه و تاثیر غیر قابل انکار آن بر رشد، بالندگی و توسعه کشور بررسی و آسیب شناسی سیاست ها و خط مشی های حوزه بهداشت و درمان اجتناب ناپذیر است؛ لذا در این پژوهش به بررسی موضوع مقاومت در برابر خط و مشی های عمومی با تمرکز بر طرح تحول سلامت پرداخته می شود و تلاش می شود با بکارگیری مجموعه ای از روش های توصیفی، کیفی و کمی مهم ترین معیارهای اثرگذار بر میزان مقاومت در برابر اجرای این طرح شناسایی و با مدلسازی تبیین کننده های این پدیده راهکارهایی جهت بهبود عملکرد و اثربخشی خط مشی های عمومی در حوزه سلامت ارائه شود. در پژوهش حاضر الگوی ارائه مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد تا از نتایج حاصل از این پژوهش، به عنوان الگوی راهنمایی برای شناسایی عوامل اجرا، رهایی، شکست و مقاومت در منابع موثر در نظام سلامت ایران، در راستای افزایش موفقیت در خط مشی گذاری های آینده این حوزه استفاده شود.

پیشینه پژوهش

خط مشی گذاری یک عمل حرفه ای است که پای خود را از حوزه مدیریت علوم اجتماعی و علوم سیاسی فراتر گذاشته و در حال پیوند زدن مدیریت علوم اجتماعی و سیاسی است و به میدان و عرصه ای برای رقابت سیاستمداران و تبدیل هر کدام با فنون و مهارت های جدید در تلاش اند سیاست گذاری به حرفه ای تبدیل شده که نیازمند مجموعه ای از فنون و تخصص هاست. مطالبات روبه فزونی شهروندان گروه های درگیر خط مشی سیاست مداران و متغیرهای موثر بر خط مشی های دولتی محیط پیچیده ای را ایجاد نموده است. سرعت تغییرات، عمق تغییرات و... موجب شده این وضعیت بر روی تشخیص و درک مسئله عمومی، دریافت اطلاعات صحیح و دقیق، ارزیابی راه حل های ممکن حتی بر نحوه ای اجرا تاثیر بگذارد. خط مشی در چنین شرایطی به دنبال شواهد بهتر داده های دقیق تر و اطلاعات جامعتر در مورد مسائل و راه حلها می باشد. دولت بدون خط مشی گذاری حرفه ای نمی تواند سیاست هایی اتخاذ کند. بعضی از دولتمردان پدیده جهانی شدن را فرایند غربی سازی دانسته و به انکار آن می پردازند گروهی دیگر وجود آنرا اجتناب ناپذیر و در راستای فعالیتهای جهانی در تلاش برای تغییر در اوضاع داخلی خود هستند دیدگاه سوم با تحلیل شرایط امروز جهان در تلاش است برای جامعه خود به نحوی خط مشی گذاری کند که تهدیدات و فرصتهای محیط جهانی را شناسائی و در راستای اهداف خود با کشورهای جهان تعامل نماید. فرایند خط مشی در شرایط جهانی شدن به سبب وجود روابط و متغیرهای بیشتر پیچیده تر می شود با تعداد بی شماری عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی روبرو می شود. روبروئی هر روزه با فرصتها و تهدیدات جدید، از طرف دیگر دولتها در پی توسعه فعالیتهای خود به فراسوی مرزها هستند لذا دولتها باید از یک سیستم خط مشی گذاری هوشمند استفاده کنند که توانائی تجزیه و تحلیل فرصتها و تهدیدها را داشته باشد و تصمیمات درستی اتخاذ کنند. باید در زمینه مسائل جهانی شدن بررسی دقیق و گسترده ای داشته باشند و در طراحی نظام خط مشی گذاری به مصالح ملی بیاندهد در فرایند خط مشی گذاری، خط مشی گذاران علاوه بر آنکه متکی به مبانی اند. تحت الشعاع عوامل زیادی قرار می گیرند اولویت مسائل در نگاه جهانی تغییر شاخصها و معیارهای ارزیابی دگرگون و ده ها عامل دیگر با آنچه در یک جامعه بسته قرار دارد متفاوت است.

در این قسمت سعی شده به تعدادی از پیشینه‌های تحقیقات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع اشاره شود.

جدول ۱. پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی

محقق (سال)	موضوع	ابزار گردآوری	یافته‌های تحقیق
دانایی فر و همکاران (۱۳۹۲)	واکاوی عوامل کلیدی در عدم موفقیت برخی خط‌مشی‌های عمومی در ایران: مطالعه خط‌مشی‌های مالیاتی کشور	مصاحبه	به این نتیجه رسیدند که براساس چرخه‌ی نامناسب اجرای خط‌مشی عمومی و شرایط مداخله‌گری که منجر به توسل به آن می‌شود، پیامد اجرای ناموفق خط‌مشی عمومی حاصل می‌شود. عواملی مانند شرایط سیاسی، شرایط فرهنگی و اجتماعی، شرایط اقتصادی و فناوری و شرایط بین: به عنوان عوامل مداخله‌گر، زمینه‌های عام را برای تحقق سبک نامناسب اجرای خط‌مشی عمومی را فراهم می‌کند.
جهانگیر و همکاران (۱۳۹۸)	طراحی الگوی مدیریت خطر در طرح تحول نظام سلامت ایران	مصاحبه	محققان در نهایت ۶ دسته اصلی خطرات طرح تحول نظام سلامت شامل خطرات رفتاری، نگرشی، اجرایی، مدیریتی، مالی و شهرت را شناسایی میکنند و راهکارهایی جهت کنترل و تأثیرگذاری آنها ارائه می‌کنند.
مصدق راد و همکاران (۱۳۹۷)	بررسی تأثیر طرح تحول سلامت بر تعرفه خدمات سلامت در ایران	پرسشنامه و بررسی استاد	نتایج آنها نشان داد اجرای طرح تحول سلامت منجر به افزایش حدود دو برابری تعرفه‌های خدمات و مراقبت‌های سلامت شد که بار مالی شدیدی بر سازمان‌های بیمه سلامت تحمیل کرده است.
شملز و بولز (۲۰۲۱)	بررسی عوامل موثر بر مقاومت شهروندان در برابر خط‌مشی واکسیناسیون COVID-19 در کشور آلمان	پرسشنامه	نتایج آنها نشان داد افزایش محدودیت‌ها و الزامات قانونی منجر به افزایش مقاومت شهروندان جهت واکسیناسیون می‌شود. همچنین شواهد حاصل از این مطالعه بر نقش بی‌اعتمادی عمومی در کاهش پذیرش واکسن تأکید می‌کند. همچنین تمایل به واکسینه شدن در طول زمان در پاسخ به بخشی از جمعیتی که قبلاً واکسینه شده‌اند و اینکه آیا واکسیناسیون داوطلبانه انجام شده است یا خیر، تغییر می‌کند.
ادوارد و سالتمن (۲۰۱۷)	طراحی اثربخش خط‌مشی برای بیمارستان‌های دولتی	پرسشنامه و مصاحبه	بر این اساس آنها با ارائه یک مدل چند رشته‌ای و غیرخطی، گام‌هایی به منظور شناسایی فرآیندهای سازمانی مقاومت و حمایت از نوآوری‌های دولت الکترونیک بر میدارند. مدل پیشنهادی کل فرآیند پذیرش و اجرای خدمات دولت الکترونیک را شناسایی کرده و شاخص‌های قابل مشاهده مقاومت و حمایت در مسیر کامل نوآوری دولت الکترونیک از مدل پیشنهادی مشتق شده است.

با توجه به این که پژوهش حاضر، ماهیتاً اکتشافی می‌باشد و متغیرها و ارتباط بین آن‌ها را از طریق پژوهش کیفی استخراج می‌نماید، در این مرحله دارای چارچوب نظری یا فرضیه تحقیق نمی‌باشد. به عبارت دیگر پژوهش حاضر فرضیه نداشته و سوال محور می‌باشد. اما می‌توان سوال اصلی پژوهش را به شرح زیر در نظر گرفت: «مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟» همچنین می‌توان سوالات فرعی پژوهش را به شکل زیر مطرح کرد: ابعاد و مولفه‌های مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت کدامند؟ روابط بین ابعاد و مولفه‌های مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش کیفی حاضر از حیث مدل پیاز پژوهش ساندرز و همکاران جهت‌گیری فلسفی تفسیری داشته و مبتنی بر نظریه ساختارگرایی اجتماعی است. از نظر هدف یک تحقیق اکتشافی و از نظر رویکرد پژوهشی استقرایی (از جز به کل) است. همچنین از نظر روش یک تحقیق کیفی، از نظر شیوه گردآوری داده‌ها تحقیق میدانی و از نظر استراتژی (روش اجرا) سعی شده با استفاده از روش داده‌بنیاد چندگانه اطلاعات مورد نیاز را به دست آورده و با استفاده از ابزار مصاحبه، اطلاعات مورد نیاز کشف و درک شوند. از سوی دیگر این پژوهش از نگاه چگونگی گردآوری داده‌ها به منظور ارائه مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت از روش تحقیق کیفی استفاده خواهد کرد. برای ساخت مدل از روش کیفی نظریه داده‌بنیاد استفاده خواهد شد. افراد مورد مطالعه در این تحقیق شامل خبرگان و متخصصان در حوزه خط مشی‌گذاری در حوزه نظام سلامت و فرآیند درمان هستند که اطلاعاتی از طریق مصاحبه با ۳۰ نفر از خبرگان این حوزه از طریق مصاحبه نیم‌ساختاریافته، جمع‌آوری شد که به شرح جدول ۲ است. همچنین در این تحقیق از روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع نمونه‌گیری نظری استفاده شد. با انجام این تعداد مصاحبه و با توجه به تکراری بودن داده‌های استخراج‌شده، مشخص شد که اطلاعات گردآوری‌شده به نقطه اشباع رسیده و نیازی به انجام مصاحبه‌های بیشتر نیست. همچنین یکی از دلایل اصلی استفاده از روش داده‌بنیاد در این تحقیق این است که این روش برای استخراج مؤلفه‌های مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت و شناسایی متغیرهای بومی و زمینه‌ای در حوزه طرح تحول نظام سلامت راهگشا بوده است. روش یادشده روشی فرایندمحور است که بررسی و تغییر یک پدیده طی زمان و توصیف مراحل مختلف آن را امکان‌پذیر می‌کند.

به‌منظور ارزیابی کیفیت پژوهش‌های مبتنی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد (و همچنین سایر

پژوهش های کیفی)، کوربین و استراوس ده شاخص مقبولیت را معرفی کرده اند که بر مبنای آن مقبولیت پژوهش حاضر ارزیابی می شود. مقبولیت^۱ بدین معنا است که یافته های تحقیق تا چه حد در انعکاس تجارب مشارکت کنندگان، محقق و خواننده در رابطه با پدیده مورد مطالعه موثق و قابل باور است، اگر چه تبیین صورت گرفته از پدیده مد نظر می تواند فقط یکی از تفاسیر معتبر و پذیرفتنی از آن پدیده باشد. به دلیل محدودیت سه شاخص به عنوان نمونه معرفی می شوند، تناسب: آیا یافته های پژوهش با تجارب متخصصان حوزه مورد مطالعه و همچنین مشارکت کنندگان سازگاری و همخوانی دارد؟ آیا مشارکت کنندگان می توانند خود را در خط داستان پژوهش مشاهده کنند؟ به منظور تحقق این معیار یافته های پژوهش حاضر توسط دو نفر از متخصصان حوزه نظام سلامت، پالایش و تأیید شده است. همچنین نظریه پدیدار شده به ۲ نفر از مشارکت کنندگان ارائه شد و نظرهای تکمیلی آنان دریافت و اعمال شده است. به طور مثال مدل کدگذاری استقرایی، پالایش مفهومی و مدل کدگذاری الگویی و شاخص های مطرح شده طی جلسات مختلف به بحث گذاشته شده و در هر مرحله اصلاح و تکمیل شده است. کاربردی بودن یا مفید بودن یافته ها: آیا یافته های تحقیق در حوزه مورد مطالعه، بینش و نگرش جدیدی فراهم می آورند؟ در این رابطه باید گفت یافته های تحقیق حاضر می توانند در بعد عملی در زمینه اتخاذ فرآیندهای نظام سلامت مفید باشند. پژوهش حاضر در بعد نظری نیز در توسعه دانش در حوزه مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت مؤثر بوده و بینش جدیدی را با خود به همراه دارد. مفاهیم: مفاهیم برای ایجاد درک مناسب از پدیده مد نظر و دستیابی به زبان مشترک در حوزه مورد مطالعه ضروری هستند. بنابراین یافته های پژوهش باید بتواند مفهوم پردازی های مناسبی با خود به همراه داشته باشد، به گونه ای که از نظر متخصصان حوزه مورد مطالعه جذاب، بدیع و ارزشمند باشد. در این تحقیق شماری از مفاهیمی می توانند که در توسعه مفهومی ادبیات مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت مفید باشند، حضور دارند، مفاهیمی نظیر انسداد خط مشی، پیچیدگی پویایی های سیستم های اجتماعی، نگرش متفاوت افراد و هزینه های بالای اجرای طرح نمونه هایی از این نوع هستند.

در این تحقیق پس از مصاحبه با ۳۰ تن از خبرگان حوزه خط مشی گذاری در نظام سلامت، داده های کیفی به روش داده بنیاد چندگانه (کدگذاری استقرایی، پالایش مفهومی و کدگذاری الگویی) جمع آوری و تحلیل شدند. هدف این پژوهش کیفی داده بنیاد، ارائه مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت است. رویکرد روش شناسی پژوهش کیفی از مصاحبه با شرکت کنندگان و مرور متون مرتبط برای فراهم کردن این داده ها استفاده می کند.

طبق نظر اوربیچ و سیلور استیلین (۲۰۰۳)، نظریه‌پردازی داده‌بنیاد از دو اصل مهم استفاده می‌کند: پرسش در رابطه با تجارب ذهنی مشارکت‌کنندگان نه اندازه‌گیری آنها و خلق ایده‌ها و مفاهیم بر پایه کدگذاری تئوریک پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان بر مبنای پژوهش داده‌بنیاد، تا جایی ادامه می‌یابد که مشارکت‌کنندگان جدید داده دیگری که به خلق مفاهیم جدید برای تئوری کمک کند، ارائه ندهند (گلاسر و استراوس^۱، ۱۹۶۷).

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش (خبرگان)

عوامل جمعیت‌شناختی	زیر مولفه	تعداد	مجموع فراوانی
جنسیت	مرد	۱۹	۳۰ نفر
	زن	۱۱	
سن	کمتر از ۳۰ سال	۲	۳۰ نفر
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۳	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۸	
	بالای ۵۰ سال	۷	
پست سازمانی	مدیران ارشد	۶	۳۰ نفر
	مدیران میانی	۱۷	
	کارشناسان خبره	۷	
تحصیلات	کارشناسی و پایین‌تر	۶	۳۰ نفر
	ارشد	۱۱	
	دکتری	۱۳	
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۵	۳۰ نفر
	۵ تا ۱۵ سال	۱۴	
	۱۵ تا ۲۵ سال	۸	
	بالای ۲۵ سال	۳	

یافته‌های پژوهش

این بخش به بیان نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها و کدگذاری آنها می‌پردازد. فرایند کدگذاری شرایطی را فراهم آورد که در آن داده‌های خام به مفاهیم نظری توسعه یابند. فرآیند تحلیل اطلاعات در نظریه‌پردازی داده‌بنیاد مبتنی بر کدگذاری استقرایی (خلق مفاهیم مقوله‌ها)، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی (خلق نظریه) می‌باشد، در این تحقیق نحوه شکل‌گیری این مقوله‌ها از مفاهیم حاصل شده به تفصیل شرح داده می‌شوند، ابتدا کدگذاری باز و نحوه

1. Glaser & Strauss.

کدگذاری مصاحبه‌ها مطرح می‌شود و پس از تشریح نحوه شکل‌گیری مفاهیم و مقوله‌ها به بیان روایتی از نظریه‌پردازی داده‌بنیاد و تئوری حاصله پرداخته می‌شود. بر اساس نظر چارمز اعتبار کدگذاری انتخابی به قدرت روایت فرد از داستانی بستگی دارد که مقوله‌ها و مفاهیم را بهم مرتبط می‌کند. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش روش تحلیل مالتی‌گراند (نظریه داده‌بنیاد چندگانه) کرانهلم و گولد کوهل به‌عنوان مبنا استفاده شده است، داده‌های تحقیق، بر مبنای این روش تحلیل شدند.

نتایج حاصل از کدگذاری استقرایی (باز)

تحلیل نظریه‌پردازی داده‌بنیاد با تحلیل تکه‌های داده‌های هر یک از افراد شروع می‌شود. مرحله آغازین شامل بخش‌بندی مستندات داده‌های مصاحبه برای تحلیل است. تفکیک داده‌ها به تکه‌ها این امکان را فراهم می‌آورد که بتوان اجزای جداگانه داده‌ها را بررسی کرد و آنها را به‌گونه‌ای مفهوم‌پردازی کرد که از موقعیت ویژه‌ای که داده‌ها در آن ایجاد شده‌اند، فراتر روند (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸)، این فرایند به کدگذاری باز معروف است. در جدول ۳ کدهای مستخرج از مصاحبه، مفاهیم و مقوله‌های این پژوهش معرفی می‌شوند.

جدول ۳. مفاهیم و مقوله‌های مستخرج از کدگذاری استقرایی (باز)

نوع مقوله	مقوله	مفاهیم	کدهای ثانویه
مقوله محوری	انسداد خط مشی	ظرفیت پزشکی کشور	پذیرش
			سابقه و زمینه
		همکاری دستگاهها	میل به تغییر
			انعطاف‌پذیری
		شناخت نیازها	آمادگی
			تجزیه و تحلیل
		تحول در سلامت	درک واقعیت
			عقلانیت
		استمرار اجرای طرح	تاکید روی مساله
			باور داشتن
		ایده آل‌گرایی	مطالعه
			تبیین شرایط
		انتظارات متفاوت	قیاس
			بکارگیری
		اخلاق حرفه‌ای گرایی	الزام
تلاش و کوشش			
وضعیت فعلی درمان	کابرد		

نوع مقوله	مقوله	مفاهیم	کدهای ثانویه
			بسط و اشاعه
زمینه های ساختاری و کارکردی	اشاعه خط مشی	مستندسازی	باور و پذیرش
		حوزه دانشی	پشتیبانی
	فرهنگ سازمانی سالم	محیط غیررسمی	تخصیص
		توجه به ارزشها	امکانات مادی و غیرمادی
	توجه و تشریح ماهیت طرح و ایده	خلاقیت	نشر دانش
		کاربردی بودن	فرهنگ غنی
	عدم سیاسی کاری	حزب و گروه	رشد گروهی
		منافع احزاب	تعامل دوسویه
	حمایت مدیریت ارشد	باور	تداوم
		همراهی	استمرار
	وجود خط مشی های روشن	توجه به فرآیندها	به روز بودن
		چشم انداز	احساس نیاز
	مشارکت سازمانی	تعامل	سرمایه
		همکاری	ماندگاری
پشتکار	پشتکار	اراده	خلق دانش
		تلاش و کوشش	استقلال کسب و کارها
	اعتقاد متولیان حوزه درمان	پذیرش	ضابطه مندی
		همپاری	مدیریت استعداد
	تخصص پزشکان و پرستاران	دانش	تصمیم گیری
تجربه		مذاکره	
توانمندسازی متولیان	آموزش	هماهنگی	
	توسعه	پشتیبانی	
آموزش کادر درمان	آموزش کادر درمان	سرمایه گذاری	نگرش
		مهارت آموزی	ذینفعان
	منابع مالی حوزه سلامت	هزینه	غیرسازمانی
		درآمد	راکد و ساکن
آماده سازی کادر درمان	آماده سازی کادر درمان	میل به تغییر	نبود ساختار سازمانی مدون
		باور به تغییر	هرج و مرج گرایی
	منابع انسانی حوزه سلامت	جذب و استخدام	سیستمهای قدیمی
موانع فردی	فقدان تجربه در حل مسائل	یادگیری مهارت	پردازش پایین
		تک بعدی نگری	رفاه طلبی

نوع مقوله	مقوله	مفاهیم	کدهای ثانویه
	ترس و عدم اطمینان از نتایج	احتمال وجود اشتباه	آینده افراد
		عدم تغییر	تجزیه و تحلیل
	نگرش متفاوت افراد	انفعال	درک واقعیت
		افکار	عقلانیت
موانع سازمانی	استفاده از خط‌مشی‌های نادرست	مدینه فاضله	باور داشتن
		ایده آل‌گرایی	مطالعه
	فقدان خط‌مشی‌های جایگزین	جانشین‌پروری	تبیین شرایط
		ساده‌اندیشی	تجزیه و تحلیل
	هزینه بالای اجرای طرح	گردش مالی	درک واقعیت
		تامین مالی	عقلانیت
موانع اجتماعی	پیچیدگی پویایی‌های سیستم‌های اجتماعی	ساختار اجتماعی	تاکید روی مساله
		فرهنگ جمعی	باور داشتن
	نامناسب بودن فضای سیاسی	فضای رقابتی	پذیرش
		جو نامناسب	سابقه و زمینه
	رفتارهای رقابتی احزاب	منفعت‌طلبی	میل به تغییر
		برتری‌جویی	رقابت
نتایج و پیامدهای فردی	افزایش سلامت افراد	تسهیل امور	طول عمر
		حفظ منافع افراد	کاهش هزینه
	افزایش امید به زندگی	دسترسی آسان	جولوگیری از ائتلاف منابع
		مدیریت زمان	انجام کار درست
	کاهش هزینه‌های افراد	کارآیی	تحقق اهداف سازمانی
		اثربخشی	کاهش هزینه
نتایج و پیامدهای اجتماعی	افزایش اعتماد عمومی	مسئولیت‌پذیری	جولوگیری از ائتلاف منابع
		پاسخگویی	انجام کار درست
	افزایش رضایتمندی مردم	اعتماد به نفس	تحقق اهداف سازمانی
		شادکامی	کاهش هزینه
	توسعه اخلاق حرفه‌ای	اخلاق‌گرایی	پایبندی به اصول
		مسئولیت‌پذیری	انجام کار درست و درست انجام دادن کار

نتایج حاصل از پالایش مفهومی

در این گام تفاوت این روش با تئوری داده بنیاد ظاهر می شود. پالایش مفهومی به معنای شفاف سازی مفاهیم به صورت سازنده و انتقادی می باشد. به عنوان محقق ما بایستی موضع انتقادی نسبت به چیزی که توسط متفکران مختلف بیان شده است را بیابیم. در این مرحله باید به شش سوال درباره پدیده مفهوم سازی شده پاسخ داده شود.

۱- تعیین محتوا: پدیده محوری این تحقیق انسداد خط مشی است. این پدیده به بررسی مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت می پردازد. بنابراین این پدیده شامل موارد زیر است:

- ◀ مدل مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت
- ◀ طرح تحول نظام سلامت

◀ عوامل موثر بر مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت

۲- جایگاه هستی شناسی پدیده: جایگاه هستی شناسی این پدیده را می توان در سازمانها در ساختار رسمی و در قالب های موقعیتی مشاهده نمود.

۳- تعیین زمینه (بستر) و پدیده های مرتبط: به طور حتم هیچ پدیده ای ایزوله نیست و در خلا اتفاق نمی افتد.

◀ حمایت مدیریت ارشد: اقدامات مدیران باعث تسهیل در اجرای طرح تحول نظام سلامت می گردد.

◀ فرهنگ سازمانی سالم: فرهنگ مشارکتی منجر به انتقال بهتر طرح تحول نظام سلامت می گردد.

◀ عدم سیاسی کاری: اقدامات مناسب دستگاههای ذینفع به اجرای بهتر طرح تحول نظام سلامت منجر می گردد.

۴- تعیین کارکردها و اهداف: شناسایی زمینه های ساختاری و کارکردی موثر بر مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت.

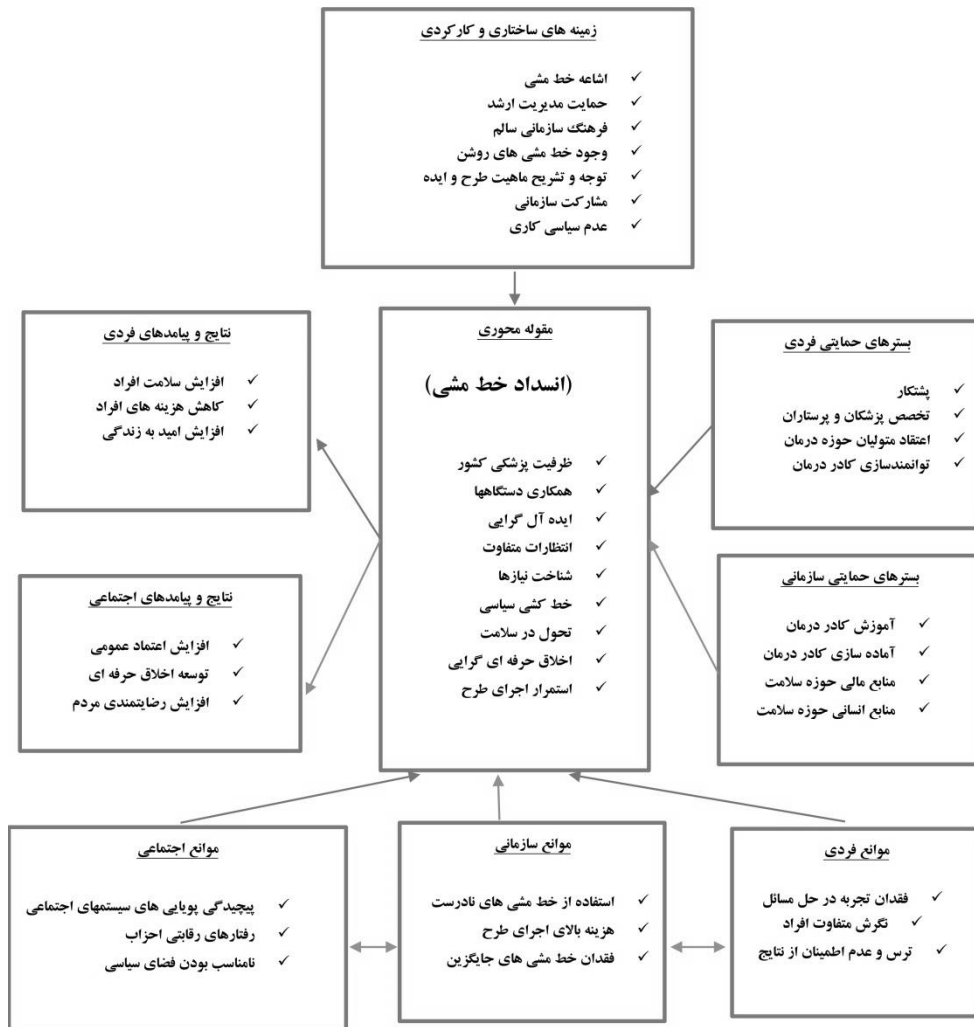
۵- تعیین منشا و ظهور: طرح تحول نظام سلامت طرحی برای بهبود سیستم های سلامت ایران است که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم جمهوری اسلامی ایران در بیمارستان های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا می شود که به باور بعضی همه بار مالی آن بر دوش پزشکان و شرکت های تأمین کننده تجهیزات پزشکی و دارویی اعم از تولیدکنندگان و وارد کنندگان و توزیع کنندگان قرار گرفته است

۶- تعیین چگونگی صحبت کردن ما در مورد پدیده: ما وقتی در مورد مقاومت در برابر خط

مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت صحبت به میان می‌آوریم از ویژگی‌ها و مولفه‌های آن صحبت می‌کنیم و اینکه مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت در قالب چه فرایند و فعالیت‌هایی قابل حصول می‌باشد.

نتایج حاصل از کدگذاری الگویی

این مرحله همان کدگذاری محوری در تئوری داده‌بنیاد می‌باشد. در این گام مقوله‌ها در بیانیه نظریه یکپارچه می‌شوند. طی کدگذاری محوری، مقوله‌های مستخرج شده از کدگذاری باز تحت ۵ دسته، مقوله محوری، بسترهای حمایتی فردی و سازمانی، نتیجه و پیامدهای فردی و اجتماعی، زمینه‌های ساختاری و کارکردی و موانع فردی و سازمانی و اجتماعی قرار گرفته‌اند. از بین مقوله‌های استخراج شده، مقوله انسداد خط‌مشی در مرکز مدل قرار گرفته است. دلیل انتخاب این مقوله به منزله مقوله محوری این است که در اغلب داده‌ها ردپای آن را می‌توان به وضوح مشاهده کرد. برچسب انتخاب شده برای مقوله محوری نیز انتزاعی و در عین حال از جامعیت برخوردار است. در این پژوهش سعی شده بر اساس مدل نظریه داده‌بنیاد چندگانه مقوله محوری و سایر مقوله‌ها ارائه و روابط آنها به صورت کاملاً عقلانی و مستدل ارائه گردند. با توجه به توضیحات ارائه شده و تشریح اجزا مدل کدگذاری الگویی، مدل مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت به صورت زیر طراحی گردید.



شکل ۱. مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت

انطباق نظری مدل

انطباق نظری به معنای مقایسه نظریه در حال ظهور با نظریه‌های موجود است. این نظریه‌های موجود باید به گونه‌ای با پدیده مورد بررسی مرتبط باشند. بدین منظور محقق، ابتدا تمامی نظریه‌های موجود در حوزه مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت که تا به امروز توسط محققین مختلف بیان شده است را جمع‌آوری نموده است. پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص طرح تحول نظام سلامت و رابطه آن با مقاومت در برابر خط مشی‌ها رویکردهای مختلفی انجام شده است. در برخی از پژوهش‌ها مقاومت در برابر خط مشی به عنوان

یک عامل بازدارنده مطرح شده است که منجر به خاتمه یا رهایی خط‌مشی می‌شود می‌شود. برای مثال در یک پژوهش انجام شده دانایی فر و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان "واکاوی عوامل کلیدی در عدم موفقیت برخی خط‌مشی‌های عمومی در ایران: مطالعه خط‌مشی‌های مالیاتی کشور" به این نتیجه رسیدند که براساس چرخه‌ی نامناسب اجرای خط‌مشی عمومی و شرایط مداخله‌گری که منجر به توسل به آن می‌شود، پیامد اجرای ناموفق خط‌مشی عمومی حاصل می‌شود. عواملی مانند شرایط سیاسی، شرایط فرهنگی و اجتماعی، شرایط اقتصادی و فناوری و شرایط بین: به عنوان عوامل مداخله‌گر، زمینه‌های عام را برای تحقق سبک نامناسب اجرای خط‌مشی عمومی را فراهم می‌کند. بنابراین در این پژوهش شرایط سیاسی و اجتماعی به عنوان یک عامل منفی موثر در مقاومت خط‌مشی معرفی شده است، که در پژوهش حاضر هم مفهوم موانع فردی و سازمانی و اجتماعی به عنوان یکی از محدودیتهای در نظر گرفته شده است. در پژوهشی دیگر پور کیانی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان "تبیین موانع اجرای خط‌مشی با استفاده از بحث متمرکز گروهی (مورد مطالعه: قانون مدیریت خدمات کشوری)" به این نتیجه رسیدند که تعهد کارکنان و مدیران (مجریان) و داشتن انگیزه قوی نیز از ضروریات پیاده‌سازی قانون در جامعه است که از بدو تدوین قانون باید بدان توجه داشت؛ یعنی علاوه بر انتخاب متولی اجرا از بین سازمان‌های با انگیزه و متعهد، باید سازوکارهایی را برای ایجاد تعهد و انگیزه هر چه بیشتر فراهم کرد. از سوی دیگر، باید انتقال مفاهیم و مضامین قانون به شکلی صورت گیرد که مجریان از ابعاد مختلف قانون آگاهی حاصل کنند تا مبادا در اجرا خدشه‌ای وارد آید. که در این پژوهش انتخاب متولی متعهد به عنوان یکی از شرایط در نظر گرفته شده است که در پژوهش حاضر منابع انسانی در حوزه سلامت به عنوان بسترهای حمایتی سازمانی در نظر گرفته شده است. در پژوهش دیگری که جهانگیر و همکاران (۱۳۹۸) با استفاده از روش کیفی و نظریه داده‌بنیاد به طراحی الگوی مدیریت خطر در طرح تحول نظام سلامت ایران پرداختند. به این منظور محققان نمونه‌ای شامل ۲۰ نفر از اعضای هیئت علمی و مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با آنها مصاحبه کردند. محققان در نهایت شش دسته اصلی خطرات طرح تحول نظام سلامت شامل خطرات رفتاری، نگرشی، اجرایی، مدیریتی، مالی و شهرت را شناسایی میکنند و راهکارهایی جهت کنترل و تاثیرگذاری آنها ارائه می‌کنند. که در این پژوهش مفهوم شش دسته اصلی شناسایی گردید. همچنین پیتیر مای (۲۰۱۶) در تحقیق با عنوان "بازنگری در شکست اجرای خط‌مشی‌های عمومی، مورد مطالعه: قانون اوپاما کر" به این نتیجه رسیدند که این مطالعه مسائلی را که اجرای خط‌مشی عمومی را محاصره و با شکست رو به رو ساخته است بررسی کرده و سهم هر یک از این عوامل را مشخص می‌سازد. در میان نظریه‌های ارائه شده، دستاوردهای پژوهش حاضر در تحقیقات داخلی با تحقیق دانایی فر و

همکاران و تحقیق پورکیانی و همکاران همخوانی بیشتری دارد، و در تحقیقات خارجی با نتایج تحقیق پیتر مای (۲۰۱۶) همخوانی و سازگاری بیشتری دارد. بنابراین در فرایند انطباق نظری، نظریه‌ها و مقوله‌های موجود در دستاوردهای پژوهش دخالت داده شد و در نهایت مفاهیم مورد نظر تغییر نام داد و اصلاحات لازم صورت پذیرفت.

اعتبار سنجی تجربی و ارزیابی انسجام نظری مدل

این مراحل جزء مراحل فرایند صحنه‌گذاری می‌باشد و با مرحله بعد یعنی غنی‌سازی نظریه، گام‌های رفت و برگشتی دارند و در حین غنی‌سازی نظریه این مراحل صورت می‌گیرد و حالت متوالی ندارد بنابراین در حین غنی‌سازی نظریه و ارائه روایت داستان پژوهش به ارزیابی انسجام نظری توجه می‌گردد و در پایان مرحله غنی‌سازی نظریه تشریح می‌گردد.

غنی‌سازی نظریه

در این قسمت بر مبنای مقوله محوری و با کنارهم قراردادن و چیدمان دیگر مقوله‌ها تلاش می‌شود روایتی از مدل مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت پذیرد. همانطور که پیشتر ذکر گردید مقوله محوری تحقیق، انسداد خط‌مشی است که حول ۵ مقوله دیگر این روایت را شکل می‌دهد.

مقوله محوری: انسداد خط‌مشی

در این پژوهش انسداد خط‌مشی به منزله مقوله محوری در نظر گرفته شده زیرا ردپای آن در بخش‌های مختلف داده‌ها وجود داشته و نقشی محوری را داراست به نحوی که می‌تواند دیگر مقوله‌ها را حول خود جمع کند. توجه به سلامت و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم در حکومت‌ها و جوامع است به طوری که کاربرد اصطلاح «اصلاح نظام سلامت» در نوشته‌های مربوط به ارتقای سلامت روزافزون شده است. این توجه روزافزون سبب شده است که در کشورهای در حال توسعه نیز راهبردها و گزینه‌ها برای رسیدن به اهداف نظام سلامت افزایش یابد. مشکلاتی مثل مصرف ناکارای منابع موجود، دسترسی ناکافی به مراقبت‌های لازم و عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات مردم اصلاحات نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه را ضروری می‌سازد. مأموریت اصلاح نظام سلامت، ارتقای سلامت و پاسخ‌گویی به نیازهای مردم و جامعه در حوزه سلامت و بیماری است. اصلاح نظام سلامت فرصتی برای شناخت نیازهای نو، پرکردن این خلاء و تزریق توان‌های لازم به نظام سلامت است تا از پس مأموریت اصلی خویش برآیند. اصلاحات در نظام سلامت می‌تواند شامل طیف وسیعی از فعالیت‌های نظام سلامت باشد. از طرفی گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت هدف‌های نظام سلامت را ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، پاسخ‌گویی به نیازهای

غیرپزشکی مردم و مشارکت مالی عادلانه بیان کرده است. در گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت سه هدف مهم برای نظام‌های سلامت تعریف شده است: افزایش سطح سلامتی مردم، حفاظت مالی از شهروندان در مقابل هزینه‌های سلامت، فراهم آوردن رضایت‌مندی مردم. در کنار این سه هدف مهم، موضوع تأمین عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت برای آحاد جامعه و کارایی نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است. از مجموعه این اهداف، با نگاه به شاخص‌های موجود و با توجه به آمارهای سازمان جهانی بهداشت، در طی سال‌های اخیر وضعیت جمهوری اسلامی ایران در شاخص‌های مربوط به هدف سطح سلامتی نسبتاً مطلوب بوده و به مدد شبکه بهداشتی درمانی و برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه جاری در آن، موفقیت‌های چشمگیری حاصل شده است. آن چه همواره جمهوری اسلامی را در رتبه‌بندی‌های بین‌المللی در رده پایین نگه می‌داشته، هدف حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های سلامت بوده است که به استناد مطالعه حساب‌های ملی سلامت، پنجاه و سه درصد هزینه‌های سلامت از جیب مردم و در هنگام دریافت خدمات سلامت پرداخت می‌شده است؛ و در این شاخص کشور ما متأسفانه در رده غیرقابل‌قبولی در منطقه بوده و فقط کشورهای با سطح اقتصادی بسیار ضعیف و وضعیت بدتری نسبت به ما دارند. در شاخص هزینه‌های مصیبت‌بار سلامت و افتادن در فقر در اثر هزینه‌های سلامتی هم وضعیت نامناسب بوده است. همچنین با توجه به هزینه بالای سلامت در سبد هزینه‌ای مردم، غالباً در این بخش نارضایتی نسبی وجود داشته است. به این ترتیب اصلاح نظام سلامت می‌باید در راستای دست‌یابی به اهداف نظام سلامت باشد تا بتواند نتایج مطلوبی برای نظام سلامت داشته باشد. تغییر سیمای بیماری‌ها، تحول در مفاهیم سلامت، پیشرفت فناوری در شیوه‌های تشخیص، درمان و آرایه خدمات، همگی حاکی از سرعت تغییرات در سلامت هستند. در همین خصوص یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند:

" درحال حاضر هیچ ارتباط منطقی میان شاخص سلامتی کشور با عملکرد طرح تحول سلامت وجود ندارد، گفت: از نظر علم اقتصاد، خدمات درمانی و بهداشت یک کالای عاریتی است که با هدف تأمین غیرمستقیم نیاز به سلامتی توسط مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرح تحول سلامت قرار بود با هدف توزیع عادلانه خدمات درمانی میان همه اقشار غنی و فقیر جامعه اجرا شود اما در عمل باعث شد تنها منابع صندوق بیمه‌های درمانی بابت هزینه‌های مربوط به اجرای نادرست این طرح از جمله افزایش کارانه‌ها اختصاص یابد. "

در این طرح می‌توان ادعا نمود که مشکل ابتدا از طریق بازیگران اجتماعی که عموم مردم می‌باشند، مطرح شده است. اگرچه این مسئله در دولت بسیار مورد توجه است، اما در واقع آغازگر این مسئله جامعه است و بیان انتقاداتی در رابطه با هزینه‌های بالا و کیفیت نامناسب خدمات سلامت و عدم دسترسی یکسان به این خدمات از سوی عموم مردم، باعث شد که این مسئله در

دستور کار دولت قرار گیرد. از طرف دیگر طبیعت حمایت عمومی از این طرح بالاست؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح تحول نظام سلامت از نوع ابتکار بیرونی است.

بر اساس یکی از مهمترین یافته‌های این بخش، وجود ساختار و مکانیسم مشخص جهت به کارگیری و استفاده‌ی بهینه از اصول اخلاق حرفه‌ای در طرح تحول نظام سلامت ضرورت دارد. بهره‌گیری از مفاهیم اخلاق حرفه‌ای نیازمند بررسی دقیق شرایط موجود هر کشور می‌باشد و لازم است زیر ساخت‌های لازم برای رسیدن به وضعیت مورد نظر ایجاد گردد. ضرورت به کارگیری روش‌های متنوع آموزشی در کشورهای مختلف در چارچوب‌های استاندارد اجتناب ناپذیر است. به دلیل اهمیت موضوع استفاده از این روش‌ها بدون وجود قوانین و ساختارهای شفاف توصیه نمی‌گردد.

طرح تحول نظام سلامت متولی تأمین حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه تحت پوشش می‌باشد که با برنامه‌ریزی، سازماندهی ارزشیابی و ارایه خدمات بهداشتی درمانی و با بهره‌گیری از روش‌های نوآورانه و خلاقانه در این راستا شکل گرفته است. استراتژی‌های حیاتی همچون تقویت خدمات بهداشتی با مشارکت بخش خصوصی در حاشیه شهرها بهینه‌سازی منابع با اجرای برنامه سلامت با رویکرد کارآفرینی، توانمندسازی جامعه در جهت خود مراقبتی با محوریت ارتقای سبک زندگی سالم، ارتقای نظام مدیریت بیمارها و دیده‌بانی بیماری‌ها با تمرکز بر بیماری‌های نوپدید و بازپدید، ایجاد زیر ساخت‌های بهداشتی در ارائه خدمات، اصلاح و تقویت نقش و کارکرد نظارتی در ارتقاء سلامت افراد با محوریت صیانت از حقوق مصرف‌کننده می‌باشد که تصور اجرای این استراتژی‌ها بدون رعایت الگوی اخلاقی غیر ممکن است. الگوی اخلاقی بدست آمده در طرح تحول نظام سلامت شامل مولفه‌هایی چون وفاداری؛ مسئولیت‌پذیری؛ رقابت‌طلبی؛ صداقت، احترام به دیگران، احترام نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی جامعه، عدالت و انصاف است.

بسترهای حمایتی فردی و سازمانی

بسترهای حمایتی مجموعه شرایطی هستند که زمینه پدیده مورد نظر را فراهم می‌سازند و بر رفتارها و کنش‌ها تاثیر می‌گذارند. بسترهای حمایتی فردی و سازمانی، مقوله محوری و نتایج منتج از آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش مقوله‌های «پشتکار»، «تخصص پزشکان و پرستاران»، «اعتقاد متولیان حوزه درمان» و «توانمندسازی کادر درمان» به منزله بسترهای حمایتی فردی در نظر گرفته شده است. همچنین مقوله‌های «آموزش کادر درمان»، «آماده سازی کادر درمان»، «منابع مالی حوزه سلامت» و «منابع انسانی حوزه سلامت» به منزله بسترهای حمایتی سازمانی در نظر گرفته شده است. حوزه سلامت از جمله نیازهای فراگیری است

که آدمیان در هر نقطه از زمین به آن وابسته هستند ولی متأسفانه در کشور ما به نسبت کشورهای دیگر، سهم حوزه سلامت از تولید ناخالص ملی، زیاد نبوده است تا اینکه با اجرای طرح تحول سلامت تلاش شد برخی از کاستی‌ها جبران شود. سلامت مقوله و مفهومی عام و کلان است که به معنای خوب بودن و سالم بودن در ابعاد و وجوه مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی و معنوی فرد و اجتماع است. همان‌طور که به نظر می‌رسد دستیابی به این مقوله و مقام علاوه بر عوامل بیولوژیک، به عوامل و شاخص‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی در یک جامعه نیز بازمی‌گردد. بدیهی است که در دستیابی به یک سطح مناسب و قابل قبول از سلامت، عوامل و فاکتورهای متعددی دخالت دارند و نظام‌های سلامت فقط بخش کوچکی از این عوامل و علل را تشکیل می‌دهند. این واژه به کلیه نهادها، سازمان‌ها و افراد و گروه‌هایی اطلاق می‌شود که اهداف اصلی آن‌ها به‌طور مشخص، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد و جامعه در نظر گرفته شده است. این نهادها و سازمان‌ها به‌طور عمده شامل تأمین‌کنندگان منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی و نیز سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت از قبیل مراکز بهداشتی، درمانی، بیمارستان‌ها، موسسات بیمه‌های درمانی و خریداران خدمات پزشکی و سلامت و نیز مراکز آموزش پزشکی، مجامع علمی و پژوهشی حوزه سلامت و... هستند. در ایران عمده نهادها و سازمان‌های ذی‌ربط در نظام سلامت در دو وزارتخانه بهداشت و درمان و نیز وزارت رفاه متشکل شده‌اند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص بیان می‌دارد:

"بیمار باید از لحاظ اقتصادی توانمند شود تا خدمات دندانپزشکی برای وی سهل الوصول شود. یکی از بهترین راه‌ها برای توانمندسازی بیماران، حمایت‌های بیمه‌ای است. به هر حال همه می‌دانیم که هزینه‌های دندانپزشکی در دنیا گران است، اما اگر ساختار بیمه‌های تقویت شود و بتواند هزینه‌های مردم را پوشش دهد، نیاز به حمایت‌های رانت آفرین از قبیل ارز دولتی برای تجهیزات دندانپزشکی، بوجود نمی‌آید. باید سیاست‌گذاری‌ها به شکل صحیح به صورتی شکل گیرد تا مردم به خدمات صحیح دسترسی داشته باشند. متأسفانه این‌ها فکر می‌کنند که دولت باید خودش کلینیک بزند و خدمات ارائه دهد. فرض کنید که در هراستانی کلینیک بزنیم و چند واحد مستقر کنیم، مگر چقدر حجم درمان کم میشود؟ باید بیمار را از لحاظ اقتصادی توانمند کرد تا بتواند از خدمات دندانپزشکی بهره‌مند شود."

طرح تحول سلامت یکی از طرح‌های بسیار مهم در سیاست داخلی کشور است که اجرای تمام و کمال آن می‌تواند در جهت کاهش آلام نیازمندان به خدمات سلامت و رسیدگی سریع به درمان آنها موثر باشد؛ که این مهم با اقدام به موقع دولت یازدهم به فعل تبدیل شده است. طرح تحول سلامت از ۱۵ اردیبهشت سال ۹۳ توسط وزیر بهداشت به همه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد تا تحولی را در نظام سلامت ایجاد کند. این طرح به دنبال اجرای فاز دوم

هدفمندی و با هدف کاهش هزینه‌های سلامت در بخش دولتی به منظور بهبود ارائه خدمت و افزایش رضایت مردم در حوزه خدمات سلامت به اجرا در آمده است. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند و نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت از اهداف اختصاصی طرح تحول سلامت می‌باشد که متولیان نظام سلامت و دولت به دنبال دسترسی بدان‌ها هستند. از نقاط قوت طرح می‌توان به جهت‌گیری مردمی آن، حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های کمرشکن سلامت، دسترسی بهتر گیرندگان خدمات سلامت به مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم، بهبود انگیزه ارائه دهندگان خدمات سلامت، کاهش سزارین مادران باردار، ارتقای کیفیت خدمات سلامت، ماندگاری و حضور دایم پزشکان در بیمارستان‌های دولتی و مناطق محروم، ظرفیت‌سازی پژوهش بالینی، الزام به راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت و ثبت وقایع سلامت، حفظ و حراست از بیت‌المال، تکریم مراجعان، آموزش حقوق بیماران، ایجاد نظم و جبران خدمات کادر درمانی اشاره کرد.

زمینه‌های ساختاری و کارکردی موثر بر مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت

زمینه‌های ساختاری و کارکردی بر مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت از وقایع و شرایط است که بر مقوله محوری اثر می‌گذارند. هفت مقوله «اشاعه خط مشی»، «حمایت مدیریت ارشد»، «فرهنگ سازمانی سالم»، «وجود خط مشی‌های روشن»، «توجه و تشریح ماهیت طرح و ایده»، «مشارکت سازمانی» و «عدم سیاسی کاری» تحت مؤلفه‌های اثرگذار بر انسداد خط مشی در نظر گرفته شده‌اند. مشارکت عملی جمعی، آگاهانه و داوطلبانه است که دربردارنده دخالت شهروندان در امور عمومی و در سطوح مختلف تصمیم‌گیری‌های اداری و سیاسی و انداختن رأی به صندوق تا مساعدت مستقیم به ارضای نیازهای اجتماعی و همچنین دخالت مردم در کارکرد سازمانهایی است که حیات کاریشان به آن بستگی دارد. علاوه بر این مفهوم مشارکت درگیری مردم در سازمان‌های مذهبی و غیرمذهبی، انجمن‌ها و جنبشهایی از همه نوع که حیات اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اما مستقیماً به توزیع قدرت مربوط نمی‌شوند و جنبش‌هایی که زندگی خصوصی را متأثر می‌سازد ولی به‌طور مستقیم با اهداف اقتصادی مرتبط نیستند را دربر می‌گیرد. بنیادی‌ترین اندیشه زیرساز مشارکت پذیرش اصل برابری مردم است و هدف از آن، همفکری، همکاری و تشریک مساعی افراد در جهت

بهبود کمیت و کیفیت زندگی در تمامی زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. مشارکت فراگردی است که از راه آن مردم به دگرگونی دست می‌یابند و دگرگونی را در خود پدید می‌آورند. امروزه به مشارکت به‌عنوان مولفه اساسی و تفکیک‌ناپذیر توسعه نگریسته می‌شود. توسعه در معنای عام، فرایند تحولی پیچیده و همه‌جانبه و برنامه‌ریزی شده است که در زندگی اجتماعی-اقتصادی و سیاسی و فرهنگی یک جامعه رخ می‌دهد و آن را از وضع موجود به وضع مطلوب هدایت می‌کند. پذیرش مفهوم جدید توسعه و تلاش در جهت تحقق آن، قبول ویژگی‌های عصر عقلانیت و خردورزی است و در آن کنش منطقی و حسابگری و برنامه‌ریزی نهفته است، به‌طوری‌که برای تنظیم روند هر نوع توسعه، لازم است که بین اهداف و وسایل دستیابی به آن‌ها هماهنگی ایجاد شود و از تمامی منابع و امکانات طبیعی و انسانی بالقوه به‌صورت مطلوب و حساب‌شده بهره‌برداری شود و تمامی این منابع در ابعاد مختلف خود ارزش گذاشته شود. به‌عبارتی مشارکت از شروط لازم تحقق توسعه در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌باشد که به نقش فعال و خلاق و اثربخش مردم در روند توسعه توجه دارد. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص بیان می‌دارد:

" مشارکت اجتماعی برای تحقق، نیازمند بستری مناسب است و بدون آن جریان نمی‌یابد. بستر مناسب برای مشارکت اجتماعی مردم، تقویت جامعه مدنی و نهادها و فرایندهای وابسته به آن است. اساساً رمز موفقیت جامعه مدنی در ایجاد و نهادینه کردن نهادهای مشارکتی نهفته است و نیز مشارکت واقعی مردم به تقویت جامعه مدنی منجر می‌گردد. ویژگی‌های داوطلبانه، آگاهانه و ارادی بودن، مشارکت اجتماعی را به جامعه مدنی پیوند می‌دهند. در واقع مشارکت فرایندی است که دربرگیرنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به‌منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر گذاردن بر تصمیم‌گیری درباره امری عمومی است."

موانع فردی و سازمانی و اجتماعی موثر بر مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت

موانع فردی و سازمانی و اجتماعی مجموعه‌ای از وقایع و شرایط هستند که پس از شروع مطالعه و در حین انجام پژوهش رخ می‌دهند. در پژوهش حاضر موانع عواملی هستند که در فرایند انسداد خط‌مشی رخ می‌دهند. مقوله «فقدان تجربه حل مساله»، «نگرش متفاوت افراد» و «ترس و عدم اطمینان از نتایج» به منزله موانع فردی، مقوله «استفاده از خط‌مشی‌های نادرست»، «هزینه بالای اجرای طرح» و «فقدان خط‌مشی‌های جایگزین» به منزله موانع سازمانی و مقوله «پیچیدگی پویایی‌های سیستم‌های اجتماعی»، «رفتارهای رقابتی احزاب» و «نامناسب بودن فضای سیاسی» به منزله موانع اجتماعی اثرگذار در فرایند انسداد خط‌مشی در

نظر گرفته شده است. از ایرادات وارده به طرح می‌توان عدم همکاری و همراهی برخی از زیرمجموعه جامعه درمانی کشور، وجود نگاه سلیقه‌ای در هر استان به طرح و عدم وجود چشم انداز مناسب برای طرح، افزایش بار درمان و به نوعی نگاه درمان محور به مقوله سلامت، عدم نزدیکی به عدالت، جهت دادن بازار درمان به سوی خدمات تخصصی و فوق تخصصی، ایجاد تقاضای القایی در امر خدمات سلامت، شک و تردید در پایدار بودن منابع مالی نظام‌های سلامت، بی توجهی به سیاست‌های کلان بخش سلامت، عدم آشنایی مسئولین با این طرح و همینطور عدم اعتماد پزشکان به این طرح، کمبود نیرو و افزایش حجم کاری کادر سلامت و عدم توجه کافی به انگیزه پرسنل سلامت را نام برد. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان می‌دارد:

"نگرش و تفکر یک بعدی تصمیم گیرندگان و عدم توجه به عوامل موثر در تصمیم ها و خط مشی ها مثلا عدم توجه به محیط های مختلف موثر بر موضوع تصمیم مانند محیط فرهنگی و اجتماعی ، سیاسی و قانونی و فنی و اقلیمی و جغرافیایی موجب می شود تا خط مشی های حاصل از نقطه نظر هر محیطی که به آن توجه نشده باشد ، آسیب پذیر گردیده و در اجرا دچار مشکل گردد. مثلا تصمیمی که اثرات اقتصادی محیط را نادیده بگیرد دچار مشکلات اقتصادی می شود و عملی نخواهد گردید"

تطبیق خط مشی یکی از مسائل اساسی فراروی سازمان‌های دولتی است؛ زیرا توانمندی دولت در تطبیق مقاصدش به سازماندهی و تطبیق موفق خط مشی‌هایی وابسته است که تدوین کرده است. تطبیق خط مشی، تبدیل تعهدات به عمل است. خط مشی‌های عمومی؛ انعکاس اهداف جدید، ارزش‌های نو و روابط جدیدی است که در نتیجه مسائل جدید پدید آمده است. به منظور پیاده‌سازی خط مشی‌ها، سازمان‌ها باید فرآیند تبدیل قوانین و برنامه‌های جدید به عمل را تطبیق کنند. تطبیق خط مشی، به اعمالی گفته می‌شود که توسط افراد و گروه‌های اجتماعی برای دستیابی به اهداف مندرج در بیانیه خط مشی انجام می‌شود. به طور کلی، فعالیت‌های مرتبط با تطبیق خط مشی عبارتند از شناسایی مجریان، تعیین حدود مسئولیت‌ها و اختیارات مجریان، توزیع منابع و سایر اقدامات پشتیبانی و نظارت بر فعالیت‌های مجریان. اغلب بین تصویب قوانین و مقررات و به کارگیری آن‌ها شکاف بزرگی قرار دارد. این شکاف از طریق خط مشی‌گذاران ممکن است بزرگتر و ژرف‌تر شود. شکاف تطبیق خط مشی، فرایند دشوار حرکت از سیاست به عمل است. هنوز بسیاری از سیاست‌ها، خط مشی‌ها و قوانین در خلاء و بعضاً به دور از واقعیات جامعه تدوین و تصویب می‌شوند. بالطبع در تطبیق و در مرحله عمل مشکلات عدیده‌ای بروز می‌کند. برای تدوین خط مشی عمومی، از ظرفیت‌های تخصصی و کارشناسی مجریان و سازمان‌های موضوعی خط مشی، متخصصان علمی و حرفه‌ای استفاده نگردیده و در

برخی موارد، تطبیقی خط مشی با آنچه تدوین شده تفاوت اساسی داشته و مبانی علمی و تئوریک در نظر گرفته نشده است. اگر خط مشی گذاری عمومی و تطبیق آن از برخی نارسایی ها در امان نباشد، تلاش برای وضع خط مشی های جدید یعنی هدر رفت منابع مادی و انسانی. در شرایطی که تحولات شتابان حاصل از تغییرات محیطی و پویایی های درونی هر روز مسئله و مشکل تازه ای می آفریند، چگونه می توان به خطی مشی گذاری با درماندگی های از پیش مشخص و کم و بیش مهلک گذشته اقدام کرد.

نتایج و پیامدهای مقاومت در برابر خط مشی های عمومی در طرح تحول نظام سلامت

پیامدها نتایج هستند که از راهبردها و کنش های مربوط به پدیده مورد نظر حاصل می شوند. پیامدهای ناشی از انسداد خط مشی در بعد فردی شامل «افزایش سلامت افراد»، «کاهش هزینه های افراد» و «افزایش نرخ امید به زندگی» و در بعد اجتماعی شامل «افزایش اعتماد عمومی»، «افزایش توسعه پایدار» و «افزایش رضایتمندی مردم» می باشد. جامعه ای که مردمانش دسترسی به مراقبت های حرفه ای بهداشتی نداشته باشند، جامعه ای سالم نخواهد بود. بخش درمان باید از کیفیت مناسبی برخوردار باشد و تمامی افراد جامعه به طور یکسان از این مراقبت ها بهره مند شوند. بنابراین دولت های هر جامعه باید برنامه هایی مناسب برای حفظ سلامت افراد جامعه خود داشته باشد. افزایش طول عمر یکی از بزرگترین خواسته های انسان است. به عبارت دیگر دانستن راز جاودانگی و داشتن زمان حیات طولانی تر موضوعی است که همیشه فکر انسان را به خود مشغول کرده است. به دلیل عوامل متفاوت محیطی و اجتماعی میانگین طول عمر کاهش یافته و باعث می شود آدمها زمان کوتاه تری را برای زندگی کردن داشته باشند. با رعایت برخی از نکات، می توان طول عمر را افزایش داد و همچنین سلامتی بیشتری در طول زندگی به دست آورد. هزینه های درمانی بخشی از مخارج خانوار محسوب می شود که در شرایطی می تواند منجر به دشواری های اقتصادی خانوادگی و حتی ایجاد وضعیت سخت مالی شود؛ هزینه هایی که در ادبیات سلامت از آن با عنوان هزینه های فقرزای سلامت یاد می شود. دولت ها وظیفه دارند با در نظر گرفتن تمهیدات حمایتی مناسب و پیش بینی های لازم، بخشی از پرداختی جامعه از جیب برای هزینه های سلامت را کاهش بدهند. این تمهیدات به طور معمول با قدرتمند کردن بیمه های درمانی اتفاق می افتد و گام اولیه آن، بیمه بودن همه افراد جامعه است. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص می گوید:

« نکته مهم درباره هزینه های سلامت این است که صرف بخش زیادی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت، می تواند سطح استاندارد زندگی را برای کوتاه مدت یا بلند مدت در

خانواده‌ها با مشکل مواجه کند. به طور مثال، خانواده باید در کوتاه مدت از صرف هزینه‌های جاری برای سایر کالاها و خدمات چشم پوشی کرده و در بلند مدت نیز عواقبی مانند فروش و حراج دارایی‌ها یا اتمام پس انداز یا انباشت بدهی را تحمل کند. بنابراین نظام سلامت باید به شکلی طراحی شود که منجر به کاهش نابرابری در سلامت جامعه شده و همه گروه‌های مختلف جامعه بتوانند از خدمات سلامت به طور مطلوب استفاده کنند و این به معنی عدالت در سلامت است.»

مدل تامین مالی در نظام سلامت ایران، تابع الگوی تامین مالی چندگانه است. این الگو شامل بودجه عمومی، بیمه‌های اجتماعی، خصوصی و تکمیلی و همچنین پرداخت مستقیم از جیب بیمار است. بخش مهمی از هزینه‌های سلامت در ایران، به صورت پرداخت مستقیم از جیب توسط خانواده و در هنگام دریافت خدمات درمانی انجام می‌شود. یکی از هدف‌های سیاست‌گذاران سلامت در هر کشوری، تامین امنیت مالی افراد در برابر بیماری‌هایی است که منجر به سهم بالای پرداخت مستقیم از جیب و در نتیجه مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت می‌شود. نکته مهم این است که با وجود بیمه‌های درمانی نیز، پرداخت از جیب بیماران می‌تواند خطر فقر را افزایش بدهد. در کشورهای کم درآمد، نداشتن پوشش بیمه‌ای یا پوشش ضعیف و حمایت‌های اجتماعی غیر کافی، باعث می‌شود که خانواده‌ها پرداخت از جیب زیادی در حوزه سلامت داشته باشند. پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای و تعدد سازمان‌های بیمه گر پایه و تکمیلی سلامت در زمینه تولید و عملکرد و همچنین تعدد سامانه‌ها تاثیر دارد و موجب بروز مشکلاتی در عملکرد می‌شود. نکته دیگر این که این سه سازمان اصلی متولی تامین منابع مالی سلامت در کشور، هر کدام زیرمجموعه یک وزارتخانه هستند و هرچند بر اساس قانون، در برخی زمینه‌ها مانند تعهدات بیمه‌ای از نظر پوشش خدمات و قیمت و حق بیمه، تابع شورای عالی بیمه سلامت هستند، اما در سیاست گذاری‌های مربوط به خرید خدمات به طور مستقل عمل می‌کنند و حتی از لحاظ پوشش خدمتی نیز تفاوت‌هایی دارند.

بخش بهداشت و درمان مانند سایر بنگاه‌های اقتصادی نوع خاصی از خدمات را تولید و ارائه می‌کنند و اخلاق حرفه‌ای و توسعه‌ی آن نیز مطابق موازین و اصول سایر بنگاه‌ها و با در نظر گرفتن پیچیدگی‌های فنی صورت می‌گیرد، اما به طور کلی تفاوت آنها با سایر واحدها در اهمیت کالاها و خدمات عرضه شده است و به این جهت دولت‌ها بیشتر به شکل مستقیم یا غیر مستقیم بر آنها نظارت دارند و از راه‌های مختلف نظیر ایجاد و اعمال مقررات و ضوابط خاص و کمک مستقیم یا غیر مستقیم به اداره‌ی هرچه بهتر آنها کمک می‌کنند. آنچه که از نتایج مطالعه‌ی حاضر بر می‌آید عدم شفافیت مکانیسم‌های ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای می‌باشد. با توجه به اینکه در اکثر کشورها اطلاعات مناسبی در خصوص این نوع

مکانیسم‌ها یا وجود ندارد و یا به خوبی منتشر نشده است، ضرورت توجه به این موارد با توجه به حساسیت مسئله‌ی سلامت و کالای سلامت اجتناب‌ناپذیر است. از طرف دیگر مسایل نهادینه سازی اخلاق حرفه‌ای مرتبط به بخش سلامت علی‌الخصوص توجه به این مسایل در برنامه‌های استراتژیک و راهبردی و تعیین تاکتیک‌های دستیابی سالهاست که مورد توجه سیاست‌گذاران بخشی و ملی کشورهای مختلف قرار گرفته است. قرارگیری اخلاق حرفه‌ای در قوانین و مقررات از جمله عوامل مهم و حیاتی در رشد و توسعه‌ی اخلاق در بهداشت و درمان کشورها به شمار می‌رود. از آنجایی که دولت‌ها به دنبال ارائه خدمات به نحوی کارا تر و با کیفیت بالاتر می‌باشند، لذا همواره تدابیر ویژه‌ای در جهت تسهیل و تسریع در اجرای پروژه‌های مذکور به کار می‌بندند. با توجه به ساختار بخش‌های عمومی کشورها و مشکلات و آسیب‌های موجود، شاهد طولانی شدن و اجرای کند برنامه‌های نهادینه سازی در بخش‌های مختلف به دلایلی هم چون رویکردهای بروکراتیک و دولتی هستیم.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش تصمیم گرفته شد مؤلفه‌های مدل مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت شناسایی و استخراج شوند. بدین ترتیب با استفاده از تحلیل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به روش داده‌بنیاد (کدگذاری استقرایی، پالایش مفهومی و اکدگذاری الگویی) ۵ مقوله اصلی و ۳۹ مفهوم نمایان شد. تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران با اولویت مناطق کم برخوردار (روستا و حاشیه شهرها) از اهداف عالی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می باشد. بر این اساس و همچنین ابلاغ مقام معظم رهبری در تحقق رویکرد سلامت همه جانبه در همه قوانین و سیاست‌های اجرایی، (با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان الزامی است). طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت با هدف افزایش عادلانه دسترسی به خدمات سلامت، بهبود کیفیت خدمت رسانی و افزایش رضایمندی اجرا می شود. نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که جهت مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت می بایست به انسداد خط مشی توجه نمود و بر اساس زمینه‌های ساختاری و کارکردی در طرح تحول نظام سلامت می بایست در سطح کلان شناسایی و به اثبات رسند. این بررسی نشان داد که در اکثر فرآیندهای مقاومت در برابر خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت به صورت نظام مند و دقیق این کارکردها و قابلیت‌ها پایش نمی گردند، که در این زمینه حتماً باید بازنگری‌های اساسی در زمینه خط مشی‌گذاری در حوزه درمان و سلامت افراد صورت پذیرد. و بررسی سایر تحقیقات هم ثابت کرد که به صورت موردی، بعضاً تعدادی از مفاهیم و مقوله‌ها جهت انسداد خط مشی معرفی و شناسایی گردیده اند، که در ادامه سعی شده به این موارد مشترک اشاره گردد. در تحقیقی که توسط دانایی فر و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان "واکاوی عوامل کلیدی در عدم موفقیت برخی خط مشی‌های عمومی در ایران: مطالعه خط مشی‌های مالیاتی کشور" انجام شد، به این نتیجه رسیدند که براساس چرخه‌ی نامناسب اجرای خط مشی عمومی و شرایط مداخله‌گری که منجر به توسل به آن می شود، پیامد اجرای ناموفق خط مشی عمومی حاصل می شود. عواملی مانند شرایط سیاسی، شرایط فرهنگی واجتماعی، شرایط اقتصادی و فناوری و شرایط بین: به عنوان عوامل مداخله‌گر، زمینه‌های عام را برای تحقق سبک نامناسب اجرای خط مشی عمومی را فراهم می کند. که نتایج این تحقیق با نتایج موانع فردی و سازمانی و اجتماعی تحقیق حاضر همسو می باشد. همچنین پیترو مای (۲۰۱۶) در تحقیق با عنوان "بازنگری در شکست اجرای خط مشی‌های عمومی، مورد مطالعه: قانون اوباما کر" به این نتیجه رسیدند که این مطالعه مسائلی را که اجرای خط مشی عمومی را محاصره و با شکست رو

به رو ساخته است بررسی کرده و سهم هریک از این عوامل را مشخص می‌سازد. که نتایج این تحقیق با نتایج و پیامدهای سازمانی تحقیق حاضر همسو می‌باشد.

همچنین از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که تعمیم‌پذیری تئوریک با احتیاط صورت می‌گیرد و همچنین به خود سانسوری بعضی مصاحبه‌شوندگان به دلیل جایگاه شان اشاره کرد، و در این خصوص به محققان علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود در خصوص نحوه سنجش و اندازه‌گیری مقوله مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت، بررسی الزامات و چگونگی پیاده‌سازی مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت بررسی گردد، همچنین در خصوص نقد و ریشه‌یابی عوامل مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت تحقیقاتی انجام شود.

تحقیق حاضر نشان داد که مفهوم انسداد خط‌مشی از نظر ساختاری و کارکردی هنوز در مراحل ابتدائی قرار دارد. در همین راستا مجموعه‌ای از پیشنهادها در مقاومت در برابر خط‌مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت ارائه می‌گردد؛ ریشه‌یابی دقیق‌پیش از ارائه هرگونه راهکار؛ همانطور که اشاره شد، هر پدیده‌ای علت با علت‌هایی دارد. ارائه راهکار برای مشکلات بدون شناسایی دقیق ریشه‌های آن یا منجر به وخیم‌تر شدن اوضاع خواهد شد، یا اینکه تأثیری در هر مشکل ندارد و یا اینکه منجر در درمان موقتی می‌شود و به علت پابرجا بودن ریشه، مشکل مجدداً رخ می‌نماید. در نتیجه لازم است پیش از ارائه هرگونه راهکار، مشکل به طور دقیق ریشه‌یابی شود. برای این منظور تکنیک‌هایی مانند تکنیک ۵ چرا، نمودار استخوان ماهی، تطبیق مداوم مسئله‌محور، تحلیل علل ریشه‌ای و تکنیک‌های مشابه دیگر وجود دارند که می‌توان از آن‌ها بهره گرفت؛ اجتناب از خط‌مشی‌های کلیشه‌ای و الزام به ارائه راهکار، متناسب با ریشه‌یابی؛ مشکلاتی که به طور ریشه‌ای مرتفع نمی‌شوند معمولاً تبدیل به دردهای مزمن می‌شوند و هرچندسال یک بار به طریقی خودنمایی می‌کنند. معمولاً در این موارد، راهکارهایی کلیشه‌ای که هر بار مورد استفاده قرار می‌گیرند در طول سال‌ها تبدیل به اولین و راحت‌ترین راهکارها می‌شوند و معمولاً گزینه اول خط‌مشی‌گذاران هستند. برای اجتناب از دچار شدن به پدیده مقاومت در برابر خط‌مشی، لازم است حتماً خط‌مشی‌هایی که وضع می‌شوند، متناسب با ریشه‌های پیدا شده برای مشکل باشند و شیوه مرتفع کردن مشکل و ریشه آن در خط‌مشی ارائه شده شفاف باشد؛ بررسی انتقادی تجربیات مشابه گذشته؛ معمولاً مشکلاتی که خط‌مشی‌گذاران با آن مواجه هستند، برای اولین بار ایجاد نشده‌اند و تجربیات مشابهی در داخل و خارج از کشور وجود دارند که ممکن است موفقیت‌آمیز و یا همراه با شکست بوده باشند. بررسی انتقادی این تجربیات به خط‌مشی‌گذار کمک می‌کند عوامل موفقیت را تقویت و برای عوامل شکست، تدبیری بیاندیشد؛ اگر چه مقامات وزارت بهداشت وعده‌هایی مبنی بر اقدامات این وزارت برای سروسامان بخشیدن به فضای بهداشت کشور و شبکه‌های بهداشتی داده‌اند، اما در عمل آنچه

از وزارت بهداشت در طرح تحول نظام سلامت دیده شده است، بیشتر از هرچیز توزیع پول در سطح بیمارستان‌ها بوده است. اقدامی که البته در دسترسی مردم به خدمات درمانی تاثیر خوبی داشته است، اما باید توجه داشته باشیم که تحول در نظام سلامت زمانی میسر می‌شود که پارادایم غالب در حوزه سلامت کشور از درمان محوری به سمت سلامت محوری و ارتقای بهداشت حرکت کند و تنها در این صورت خواهد بود که می‌توان شاهد تحول مثبت در نظام سلامت به صورت درازمدت بود؛ تثبیت پول‌های حوزه سلامت، اعمال تولید، تجمیع، تغییر نظام پرداخت در ازای خدمت از جمله راهکارهایی است که می‌تواند نقاط ضعف و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت را به حداقل برساند و باعث ثبات و تداوم خط مشی‌های موجود در حوزه نظام سلامت گردد؛ اصلاح نظام پرداخت هدفمندی یارانه‌ها و سایر پرداخت‌های انتقالی دولت و ارتقا کنترل و نظارت وزارت بهداشت بر خدمات بخش خصوصی و تعیین تکلیف بدهی‌های حوزه سلامت از دیگر اقدامات کارگشا در حوزه طرح تحول نظام سلامت می‌باشد؛ با توجه به کمبود منابع و محدودیت امکانات، در شرایط فعلی، کشور توان لازم برای ارائه خدمات سلامتی رایگان به تمامی شهروندان را دارا نیست، لذا دولت برای مدیریت بهتر منابع کشور و بهره‌مندی افراد واجد شرایط از کمک‌های دولتی می‌بایست یارانه‌های درمانی را تنها به قشر نیازمند اختصاص داده و اقشار متوسط و ثروتمند را به سمت بیمارستان‌های خصوصی هدایت سازد؛ جهت تحقق این هدف دولت می‌بایست مکانیسم مشخص، شفاف و دقیقی جهت شناسایی افراد نیازمند به بهره‌مندی از درمان رایگان تعیین کند؛ نباید به علت کمبود بودجه موفقیت‌های گذشته کشور در مورد پیشگیری را کنار گذاشت و باید در طرح تحول سلامت، بخش بهداشت و پیشگیری مورد توجه ویژه قرار گیرد؛ خط مشی‌گذاری در حوزه نظام سلامت در یک محیط ایستا و تک بعدی فعالیت نمی‌کند و بایستی به صورت پویا و مبتنی بر اخلاق شکل داده شود. بنابراین وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی این حوزه نیازمند آن هستند که مدل خط مشی‌های عمومی در طرح تحول نظام سلامت خودش را براساس ویژگی‌هایش تنظیم نماید و نظام بازخورد و ارزیابی برای آن تأسیس نماید.

پیشنهاد می‌گردد که ساختار اداری مناسب جهت استفاده از این راهکارها در بخش‌های مختلف حوزه بهداشت و درمان طراحی و راه‌اندازی گردد. وجود واحد مشترک در سطح برنامه ریزی‌های کلان وزارت بهداشت و واحدهای تخصصی در انجمن‌های حرفه‌ای می‌تواند راهکار مناسبی جهت تخصصی شدن امور باشد. اجرای این طرح در هر کشوری نیاز به بحث و بررسی بیشتری دارد. مسایل مهمی در خصوص بیمارستان‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. ساختار، نحوه‌ی آموزش، نهادینه‌سازی ارزش‌ها و ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای در راس امور قرار گرفته و لزوم دقت سیاست‌گذاران در سیاست‌های طراحی شده، اجتناب نا پذیر است و باید در نهایت موجب ارتقای سطح سلامت ذی‌نفعان کلیدی نظام بیمارستانی یعنی مردم شود.

فهرست منابع

۱. اسدی فرد، ر.، و فانی، ع.، و آذر، ع.، و الوانی، س. (۱۳۹۵). مدل تجزیه و تحلیل خط‌مشی عمومی در ایران. مدیریت دولتی، ۲۸(۲)، ۲۵۵-۲۷۶.
۲. الوانی، سیدمهدی (۱۳۹۰)، تصمیم‌گیری و تعیین خط‌مشی دولتی، تهران: مت، صص ۱۱-۱۲.
۳. الوانی، سیدمهدی، شریف زاده (۱۳۹۰)، فرآیند خط‌مشی‌گذاری عمومی، ج ۴، تهران: انتشارات، دانشگاه علامه طباطبایی، ص ۱۵.
۴. باقرنژاد، پ.، و طاهرپور کلانتری، ح.، و بهرامی، ح. (۱۳۹۷). شناسایی و ارزیابی عوامل موثر بر اجرای موفق خط‌مشی عمومی حمایت از شرکت‌ها و موسسات دانش‌بنیان در کشور. مدیریت نوآوری در سازمان‌های دفاعی، ۱(۲)، ۱-۲۶.
۵. پیکان‌پور، م.، و اسماعیلی، س.، و یوسفی، ن.، و آریایی نژاد، ا.، و راسخ، ح. (۱۳۹۷). مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران. پایش، ۱۷(۵)، ۴۸۱-۴۹۴.
۶. جهانگیر، م.، و خوراکیان، ع.، و مرتضوی، س.، و الهی، س. (۱۳۹۸). الگوی مدیریت خطر طرح تحول نظام سلامت: یک مطالعه کیفی. پایش، ۱۸(۴)، ۳۳۳-۳۴۵.
۷. خاکی، غلامرضا (۱۳۷۹)، «روش تحقیق در مدیریت»، تهران: مرکز انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.
۸. دانایی‌فرد، حسن. (۱۳۹۲). استراتژی پژوهش‌های ترکیبی در مطالعات سازمان و مدیریت. (فصل هشتم از کتاب روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع). انتشارات صفار. چاپ دوم. ۲۷۶ صفحه.
۹. دانایی‌فرد، حسن. امامی، مجتبی. (۱۳۹۲). استراتژی نظریه‌داده‌بنیاد در مطالعات سازمان و مدیریت. (فصل چهارم از کتاب روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع). انتشارات صفار. چاپ دوم. ۲۷۶ صفحه.
۱۰. دانشفرد، کرم‌الله. (۱۳۹۳). بررسی نظریات اصلی در مبحث اجرا در خط‌مشی‌گذاری عمومی. سومین همایش علوم مدیریت نوین. تهران.
۱۱. رجب‌بیگی، مرتضی (۱۳۷۸). موانع دستیابی به اجرای کامل خط‌مشی‌های عمومی. مدیریت دولتی، ۴۵، ۷۳-۸۴.
۱۲. رنگریز، ح.، و خیراندیش، م.، و لطیفی جلیسه، س. (۱۳۹۷). بررسی موانع اجرای خط‌مشی‌های عمومی در سازمان‌های دولتی با استفاده از روش فراترکیب. سیاست‌گذاری عمومی، ۴(۱)، ۱-۱۲۷-۱۴۲.
۱۳. سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه (۱۳۷۹)، «روشهای تحقیق در علوم رفتاری»، چاپ

پنجم تهران: انتشارات آگاه.

۱۴. فراهانی، ا.، آزمون، ج.، موسوی، س.، م. (۱۳۹۴). رابطه بین ابعاد مدیریت مشارکتی با مقاومت در برابر تغییر در مسئولین تربیت‌بدنی. مطالعات مدیریت ورزشی، ۷(۲۹)، ۲۲۱-۲۳۳.
۱۵. کرسول، جان دبلیو (۲۰۰۹). «طرح پژوهش رویکردهای کیفی، کمی و ترکیبی»، ترجمه علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ اول، بهار ۱۳۹۱.
۱۶. محمودی، ا.، و افصلی، ر.، و ذکی، ی.، و یزدان پناه، ک. (۱۳۹۸). ارزیابی الگوهای سیاستگذاری و مدیریت قومی در ایران. مجلس و راهبرد، ۲۶(۹۹)، ۲۴۹-۲۷۶.
۱۷. مصدق راد، ع. (۱۳۹۸). طرح تقویت نظام سلامت مکمل طرح تحول نظام سلامت ایران: نامه به سردبیر. مجله دانشکده پزشکی، ۷۷(۸)، ۵۳۷-۵۳۸.
۱۸. مصدق راد، ع.، و میرزایی، ن.، و افشاری، م.، و درودی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر طرح تحول سلامت بر تعرفه خدمات سلامت: گزارش کوتاه. مجله دانشکده پزشکی، ۷۶(۴)، ۲۷۷-۲۸۲.
۱۹. معمارزاده طهران، غ.، و میرسپاسی، ن.، و جلیلی، س. (۱۳۹۰). ارائه مدل برای ارزیابی اثربخشی اجرای خط مشی‌های عمومی جمهوری اسلامی ایران در حوزه بهداشت و درمان. خط مشی‌گذاری عمومی در مدیریت (رسالت مدیریت دولتی)، ۲(۴)، ۱۹-۳۱.
۲۰. مقدس پور، س.، و دانایی فرد، ح.، و کردنائیچ، ا. (۱۳۹۲). واکاوی عوامل کلیدی در عدم موفقیت برخی خط مشی‌های عمومی در ج.ا. ایران: مطالعه خط مشی‌های مالیاتی کشور. مدیریت فرهنگ سازمانی، ۱۱(۱) (پیاپی ۲۷)، ۳۳-۶۸.
۲۱. ممیوند، ب.، و امینی سابق، ز.، و ساده، ا.، و خلج، م. (۱۳۹۸). بررسی و ارزیابی الگوی اجرای خط مشی‌گذاری زیست محیطی با استفاده از نظریه داده‌مبنا. مجلس و راهبرد، ۲۶(۹۸)، ۷۱-۹۵.
۲۲. طاهرپور کلاتنری، مسعود، پورشافعی، هادی. (۱۴۰۲). رابطه بین توسعه حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای با توجه به نقش میانجی میزان بکارگیری اصول آموزش بزرگسالان در معلمان ابتدایی. اخلاق در علوم و فناوری. ۱۴۰۲؛ ۱۸ (۲): ۸۵-۹۳
۲۳. رکنی محمد باقر. تدوین اصول اخلاق پزشکی، در سازمان جهانی بهداشت. اخلاق در علوم و فناوری. ۱۴۰۲؛ ۱۸ (۱): ۱-۵
۲۴. دلجو غلامحسین، قربانی زاده وجه الله، خاشعی وحید، رضایی مجید. تبیین و ارزیابی عوامل موثر بر اخلاق حرفه‌ای مدیریت. اخلاق در علوم و فناوری. ۱۴۰۲؛ ۱۸ (۲): ۷۷-۸۴
25. Belaid L, Ridde V. Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso Health Policy & Planning 2015; 30(3): 309-21.
26. Howlett MP. Designing public policies: principles and instruments. London; New York: Routledge; 2011.
27. Lachman, D.A., 2013. A survey and review of approaches to study transitions. Energy . Policy 58, 269-276.

28. Ranci, C., & Arlotti, M. (2019). Resistance to change. The problem of high non-take up in implementing policy innovations in the Italian long-term care system. *Policy and Society*, 38(4), 572-588.
29. Reginato, E., Fadda, I., & Paglietti, P. (2016). The influence of resistance to change on public-sector reform implementation: the case of Italian municipalities' internal control system. *International Journal of Public Administration*, 39(12), 989-999.
30. Schmelz, K., & Bowles, S. (2021). Overcoming COVID-19 vaccination resistance when alternative policies affect the dynamics of conformism, social norms, and crowding out. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(25).
31. Smith Stegen, K., Seel, M., 2013. The winds of change: How wind firms assess Germany's energy transition. *Energy Policy* 61, 1481-1489.
32. Vaessen J, Leeuw FL. Interventions as Theories: Closing the Gap between Evaluation and the Disciplines? In: Vaessen J, Leeuw FL, eds. *Mind the gap Perspectives on Policy Evaluation and the Social Sciences*; 2010: 141-70

