

ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت از طریق تدوین تجارب نظام ج.ا.ا بر اساس گفتمان ولایت فقیه و قانون اساسی

مرضیه وحید دستجردی^۱، افشار امیری^۲، سیدرضا مجدزاده^۳، سید عبدالله عمادی^۴، علیرضا غدایانی قرقانی^۵

پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۲۷

دریافت مقاله: ۹۶/۰۹/۲۱

چکیده

نقش حساس و اساسی نظام سلامت در توسعه پایدار و امنیت اجتماعی کشور و نقش حیاتی این بخش در پیشرفت کشور، باعث شده است تا دست‌اندرکاران کلان سیاست‌گذاری کشور نسبت به بخش سلامت توجه ویژه‌ای را اعمال نمایند. هدف از این تحقیق، دستیابی به الگویی مدون و راهبردی است که بتواند اداره امور نظام سلامت کشور را از طریق تدوین تجارب نظام جمهوری اسلامی ایران و بر اساس گفتمان ولایت فقیه و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران را تأمین نماید. این تحقیق که از نوع کیفی است، به دنبال آن است تا با استفاده از روش داده بنیاد به این سؤال اصلی که الگوی راهبردی مدون در حوزه «اداره امور نظام سلامت» بر اساس گفتمان ولایت فقیه و قانون اساسی در جمهوری اسلامی چیست؟ پاسخ دهد. در این راستا نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران ارشد بخش نظام سلامت در انتخابی هدفمند به روش گلوله برفی انتخاب و مورد مصاحبه عمیق و پرسشنامه قرار گرفته و داده‌ها بر اساس نظریه داده بنیاد بعد از تبدیل به کد، مفهوم و مقولات در قالب عوامل علی، محوری، زمینه‌ای، واسطه‌ای، الزامات راهبردی و پیامدها، دسته‌بندی شده که با در نظر گرفتن ملاحظات چند به‌منظور کسب روایی و پایایی، با رسیدن به کفایت تئوریک، الگوی پارادایمی پیاده‌سازی اداره امور نظام سلامت به دست آمده. یافته‌های احصاء شده از تحقیق بیانگر این است که اداره امور نظام سلامت، بر حفظ اعتدال در دستیابی خدمات درمانی توسط مردم، باید مدنظر مسئولین کشور قرار گیرد.

واژگان کلیدی: الگوی راهبردی، نظام سلامت، تجارب نظام، توسعه پایدار، الگوی پارادایمی

۱- دانشیار، جراح و متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- استادیار، متخصص اعصاب و روان، دانشگاه عالی دفاع ملی

۳- استاد، PHD اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- فوق لیسانس مدیریت، دانشگاه امام حسین (علیه‌السلام)

۵- دانش‌آموخته دکتری مدیریت راهبردی پدافند غیرعامل دانشگاه عالی دفاع ملی (نویسنده مسئول) drghadyani@yahoo.com



مقدمه

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامت موجبات توسعه و افزایش قدرت اقتصادی در عرصه جهانی را سبب می‌شود، لذا سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. (شورای عالی انقلاب فرهنگی کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی، ۱۳۸۹، ص ۵). از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و به‌خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نماید. پاسخگویی به این تغییرات مهم‌ترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول و ارتقاء داد. (وحید دستجردی، ۱۳۹۰). با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به‌عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و دارای الزامات قانونی می‌باشد. (زاهدی؛ ۱۳۹۳: ۱۳)، و از سوی دیگر تدابیر و رهنمودهای مقام معظم رهبری در رسیدن به الگوی سلامت با شاخص‌های اسلامی جهانی (مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳) و همچنین، ارتقای سطح سلامت مردم از مهم‌ترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است، به‌طوری‌که در چشم‌انداز، جامعه ما، جامعه‌ای آرمانی ترسیم شده است، که می‌بایست از حداکثر سلامت برای تمامی افراد جامعه برخوردار باشد. (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۲) اما بر اساس نظر کارشناسان نظام سلامت، کشور در حوزه‌های تصمیم‌سازی در مدیریت کلان سلامت دارای ضعف می‌باشد. همچنین به نظر می‌رسد، نظام سلامت در ارائه مراقبت‌ها و خدمات، از سرعت عمل کافی در واکنش‌های جدی و در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی از اطلاعات و دانش کافی، ساختار، و توانمندی و قابلیت‌های لازم و قابل‌انتظار، برای پاسخگویی به نیاز مردم جامعه، برخوردار نیست. (مرزبان، ۱۳۹۱) و در تأمین نیازهای دارویی و تجهیزات پزشکی بیماران در سطح کشور با چالش‌های جدی روبرو هستند. (ادهمی؛ ۱۳۹۲) برخورداری عادلانه از خدمات پزشکی برای همه آحاد مردم محیا نبوده و خانواده‌های بیماران در خصوص هزینه‌های خود، دچار تنگنا می‌باشند. (اعتمادیان؛ ۱۳۹۰) همچنین به نظر می‌رسد، مؤلفه‌های حوزه‌های کارکردی بخش سلامت کشور به نحو مطلوب، شناسایی، آموزش و گسترش همگانی پیدا نکرده است. و در نظام سلامت در سطح کشور هماهنگی بین ساختارها و کارکردهای سازمان‌ها و نهادها و بخش‌های مسئول وجود ندارد. (طیبی



۱۳۹۲؛ حوزه سلامت کشور قابلیت و توانایی قابل انتظار، در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی در راستای حفظ امنیت و شرایط روحی و روانی اجتماع را به نحو مطلوب ندارد. (حسینی؛ ۱۳۹۲) و راهبردهای مدیریت مطلوب سلامت بر اساس کارکردهای آسیب شناسانه و تجارب حاصل از فعالیت‌های ۳۷ ساله حوزه سلامت، در جمهوری اسلامی ایران، تدوین نشده است. بنابراین ضرورت دارد نه تنها برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری اصولی و متناسب در حوزه سلامت صورت گیرد، بلکه نظام‌های مختلف بهره‌برداری از منابع انسانی و مادی در جهت ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت با توجه به ویژگی‌ها و کارایی آن‌ها در شرایط گوناگون سیاسی، جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد شناسایی قرار گیرد. (برزگر، ۱۳۹۰). و همین‌طور بر اساس چشم‌انداز بیست‌ساله نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، که ایران را کشوری با مردمی با سطح آگاهی بالا از اطلاعات بهداشتی و برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دسترسی هم‌آحاد مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و دارای عدالت در بهره‌برداری از خدمات بهداشتی و درمانی توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه می‌داند، خواهد توانست در حوزه تحقق رشد اقتصادی سریع، پیوسته و باثبات با رویکرد ایجاد اشتغال مولد و کاهش نرخ بیکاری، تلاش مؤثری را داشته باشد و بتواند به جایگاه اول اقتصادی در سطح منطقه تبدیل گردد. (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۲). بنابراین مسئله اصلی این تحقیق فقدان الگویی مدون در اداره امور نظام سلامت می‌باشد و اینکه مدیریت و سیاست‌گذاری‌های کلان بخش سلامت در ۴ دهه گذشته چقدر منطبق بر اساس اندیشه‌ها، آرا، نظرات، رهنمودها، و تدابیر حضرت امام خمینی (ره) ، حضرت امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) و قانون اساسی جمهوری اسلامی بوده است و سؤال آغازین این است که الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت از طریق تدوین تجارب نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران بر اساس گفتمان ولایت فقیه حضرت امام خمینی (ره) و حضرت امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) و قانون اساسی چگونه باید باشد؟

در باب اهمیت انجام این تحقیق از منظر سلبی نیز این ضرورت احساس می‌گردد که عدم انجام و احصاء محورهای اساسی اندیشه‌های حضرت امام خمینی (ره) و امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) به‌عنوان معماران انقلاب اسلامی، برای متخصصین و سیاست‌گذاران حوزه نظام سلامت باعث سردرگمی و چندگانگی در سطوح سیاست‌گذاری‌ها و اهداف و رسالت این حوزه خواهد شد و عملاً کشور،



مسیر رسیدن به اداره امور نظام سلامت بر پایه عدالت اجتماعی و دسترسی آحاد مردم به خدمات درمانی را به درستی طی نخواهد کرد؛ چنانکه الآن کشور دچار چنین مشکلی شده است.

مبانی نظری

الف - پیشینه:

انتخاب صحیح و دقیق واژگان و مفاهیم مناسب با آن در هر رشته و علمی بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. این امر در انتقال دانش و تجربیات به دیگران و نسل‌های آینده نقش بسزایی را به همراه دارد. اما از این مهم‌تر، اجماع و وحدت نظر محققین، دانشمندان و پژوهشگران عرصه‌ی یک علم یا رشته بر سر مفاهیم و واژگان آن است. نظر به اهمیت برداشت درست از واژگان و درک مشترک از مفاهیم نگاهی به تعاریف واژه‌های کلیدی و مفاهیم اساسی تحقیق خواهد شد.

به استناد بررسی‌های انجام‌شده تاکنون، تحقیق مستقل و مستدل علمی و یا رساله و کتاب با عنوان یا هدف تحقیق حاضر که به "ارائه الگوی راهبردی اداره نظام سلامت از طریق تدوین تجارب نظام ج. ا. ا. بر اساس گفتمان ولایت‌فقیه و قانون اساسی" پرداخته باشد، مشاهده و یافت نگردیده است. چراکه این تحقیق از جایگاه کلان ملی کشور در سطح بالایی برخوردار بوده و کار جدید و نوین در اداره امور نظام سلامت از منظر گفتمان ولایت‌فقیه می‌باشد. اما درباره‌ی ضرورت بازنگری و دستیابی به الگوی جدید اداره بخش نظام سلامت از طریق تدوین تجارب نظام بر مبنای نیازهای زیر بنایی کشور، مقالات متنوعی از منظرهای مختلف ارائه شده است که جنبه دانش‌افزایی آن‌ها قابل‌انکار نیست و این حاکی از توجه متخصصین حوزه‌های مختلف بخش نظام سلامت کشور به این امر می‌باشد. لذا در ادامه به برخی از این موارد اشاراتی می‌شود.

امروزه تبیین تجربیات کشور و تدوین راهبردهای الگو در اداره امور نظام سلامت، یک نوع هدف‌گذاری در این حوزه است و وجود آن به مسئولان قابلیت و توان ارزیابی خود را عطا می‌کند تا بتوانند، اهداف اداره امور نظام سلامت را طراحی، اجرایی و قابل حصول نمایند. لذا بعد از گذشت بیش از ۳۷ سال از انقلاب به نظر می‌آید که نیاز به ثبت تجارب انقلاب در نظام سلامت به روش علمی وجود دارد. شورای عالی انقلاب فرهنگی کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در گزارش نهایی ارائه‌شده خود، پاسخ به نیاز سلامت جامعه و دوم حرکت علمی به‌عنوان سنگ بنای توسعه کشور در سال آذر ۱۳۸۹ عنوان می‌نماید که:



درواقع سلامت، دو ویژگی مهم دارد؛ نخست آن‌که از نیازها و حقوق اساسی مردم است و دیگر آن‌که عرصه تغییر و تحولات سریع می‌باشد. تغییر سیمای بیماری‌ها، تحول در مفاهیم سلامت، پیشرفت فناوری در شیوه‌های تشخیص، درمان و ارائه خدمات، همگی حاکی از سرعت تغییرات در سلامت هستند. از سویی دیگر سند چشم‌انداز بیست‌ساله نظام جمهوری اسلامی به‌عنوان میثاق ملی وجود دارد. در این سند ویژگی‌های جامعه‌ای مطلوب تصویر شده است که بخش مهمی از آن برخوردار از سلامت باکیفیت زندگی مطلوب و بهره‌مند از محیط‌زیست سالم بوده و ایران کشوری است که در جایگاه نخست اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه می‌باشد. سیر تحولات در نظام سلامت به‌عنوان چالشی جهان‌شمول و تعهد نظام سلامت در پاسخگویی مناسب و حرکت در جهت سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور، برخوردی هوشمندانه را الزامی می‌سازد. این برخورد بایستی با تحلیل صحیح از ارزش‌های اسلامی و با استفاده درست از روش‌های نوین علمی باشد. یکی از اهداف بلند و آرمانی سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ ه. ش جمهوری اسلامی ایران، احراز جایگاه نخست در بین ۲۵ کشور منطقه آسیای جنوب غربی در افق ۲۰ ساله است که مقام معظم رهبری، نیز بر این امر تأکید داشته‌اند. از حوزه‌هایی که اثرات علم و فناوری بر آن به‌طور بارزی دیده می‌شود، "سلامت" است. علم و فناوری این ظرفیت را دارند که درک از بیماری‌ها را تغییر دهند، بر اثربخشی ارائه خدمات اثرگذارند و از سوی دیگر چه‌بسا (در صورت افراط در بهره‌برداری غیرمتعادل) منجر به دامن زدن به بی‌عدالتی شوند. تلاش در جهت تهیه نقشه جامع علمی کشور در بخش سلامت، پاسخ به نیازهایی است که ذکر شد. مراد از این سند، استفاده از "خرد جمعی" همه کسانی بود که دغدغه سلامت مردم را داشته و دارند تا بتوان از این طریق اقدامات لازم برای توسعه علمی سلامت را در راستای تحقق اهداف چشم‌انداز بیست‌ساله با الگوی ایرانی - اسلامی ترسیم نمود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰: ۷۵). در گزارشی تحقیقاتی شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۰ در یک مدل تحقیقاتی عنوان می‌کند که: سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط



اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، محیطی، پیوست تغییر می‌کنند. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و به‌خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌کنند، پاسخگویی به این تغییرات مهم‌ترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول و ارتقاء داد.

با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به‌عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم نیز از مهم‌ترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. در چشم‌انداز، جامعه‌ای آرمانی ترسیم شده که می‌بایست از حداکثر سلامت برای تمامی جامعه برخوردار باشد. تدوین نقشه جامع علمی کشور نخستین گام از این مجموعه و در جهت تبیین برنامه‌های کلان علم و فناوری کشور بوده که به دنبال آن الزام به تدوین نقشه نظام سلامت برای تحقق اهداف چشم‌اندازی، بسیار ضروری می‌نماید. در این اثنا طرح الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت از سوی رهبر فرزانه انقلاب اسلامی، طلیعه‌ای از ژرف‌نگری رهبری جامعه بود. تمامی آنانی که به برنامه‌ریزی‌های کلان و ملی پرداخته‌اند، نیک می‌دانند که برای تبیین جهت‌گیری‌هایی این‌چنینی باید فلسفه و غایت حرکت مشخص بوده و افق دوری را از مفهوم مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و در نهادهای اجتماعی، سعادت انسانی برگرفته از الگوی بومی برگرفته از ارزش‌ها داشت. طرح موضوع از سوی مقام معظم رهبری، خیزشی فکری را سامان داد تا همگان تصویری فراتر از چشم‌انداز را نیز رصد کنند که در این نقش و در قالب چشم‌انداز، اصول و ارزش‌های نظام سلامت کشور آمده است. به این اعتبار نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مجموعه‌ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست‌ها و الزامات برنامه‌ریزی تحول راهبردی نظام سلامت مبتنی بر الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی است که می‌تواند در صورت اجرای مناسب، پیشرفتی ارزشی در عرصه سلامت و نویدبخش تحقق اهداف چشم‌اندازی در افق سال ۱۴۰۴ باشد. در این نقشه تلاش بر این بوده که جهت‌گیری‌های کلی و حرکت‌های لازم برای تحول بنیادی در سلامت کشور ترسیم گردند. این نقشه در حقیقت مجموعه فعالیت‌های حوزه سلامت کشور اعم از بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش و فناوری است. با طراحی این نقشه، سیاست‌های اصلی و تحولی سلامت مشخص شده و امید است با مشروعیت گرفتن از ارکان اصلی نظام، ثبات در سیاست‌ها را به دنبال داشته باشد که این مهم قطعاً به ارتقای نظام سلامت خواهد انجامید. کوشش برای دست‌یابی به الگو، خود مستلزم نظریه‌پردازی و



مفهوم‌سازی است. به یقین، اگر قرار باشد یک الگو در جامعه‌ای مورد استفاده قرار گیرد، شایسته است در همان جامعه و از سوی افراد همان جامعه نیز مدل‌سازی گردد و مورد حمایت ترغیب‌سازی قرار گیرد (شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰: ۱۲۴).

ب - مفهوم‌شناسی:

الگو: در تعریفی ساده از الگو می‌توان گفت؛ الگو یا مدل، نمایش نظری و ساده‌شده از جهان واقعی می‌باشد (سو رین و دیگران، ۱۳۸۶: ۶۵). استفاده از الگو به درک بهتر نظریه کمک می‌کند و امکان محدوده‌ای از پیش‌بینی‌ها را می‌دهد که می‌توان آن‌ها را با آزمون‌ها تأیید نمود.

در این تحقیق بنا بر تعریف عملیاتی، الگوی راهبردی مدل منسجم و ثابتی است که با تنظیم روابطی منطقی از عوامل و مؤلفه‌های تأثیرگذار اصلی راهبردی، روابط بین آن‌ها را به بهترین شکل ممکن ترسیم نموده و چگونگی دستیابی به اهداف را بر اساس شرایط حاکم میسر می‌سازد.

راهبرد: راهبرد از جمله واژه‌هایی است که تعاریف مختلفی را به خود اختصاص داده است. هریک از صاحب‌نظران از منظری خاص به بیان آن پرداخته‌اند. واژه راهبرد برگرفته از واژه یونانی استراتگوس^۱ است که مرکب از دو واژه استراتوس^۲ به معنای قشون و آگو^۳ به معنای رهبر می‌باشد (کردنائیج، ۱۳۸۱). راهبرد راهی است که ما را به هدف می‌رساند، مأموریت را محقق می‌سازد و به چشم‌انداز معنا می‌بخشد (حسن بیگی، ۱۳۹۰: ۴۸). راهبرد عبارت است از هنر هدایت جامع قدرت برای کنترل وضعیت‌ها و مناطق به منظور کسب اهداف، از این تعریف دیالکتیکی دیدن و کنترل محوری برداشت می‌گردد (احمدوند، ۱۳۹۱: ۵).

نظام سلامت: سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ خود نظام سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن‌ها ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشتی عمومی یا برنامه‌های بین بخشی (مانند ایمن‌سازی اتومبیل، بهبود جاده‌ها ...) باشد. نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آن‌ها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی، و غیردولتی، و سازمان‌های بیمه‌گر هریک بخشی از نظام سلامت را تشکیل

1 - strategos

2 - stratus

3 - ego



می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح‌های متفاوت شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر، و از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می‌کند. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی؛ ۱۳۸۹: ۱)

تجارب نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در اداره امور نظام سلامت: مجموعه تصمیمات، اقدامات و فعالیت‌های کلان و راهبردی است که از بدو پیروزی انقلاب اسلامی تا زمان این تحقیق برای اداره امور نظام سلامت کشور توسط مسئولان به انجام رسیده است و دانش ضمنی و تلویحی یا دانش صریح را در این زمینه توسعه داده است.

الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت: الگویی است که در آن ابعاد، مؤلفه‌ها و روابط بین آن‌ها در فرآیند تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری برای رهبری امور کشور در نظام سلامت تعریف شده و می‌تواند به‌عنوان مدلی در راهبری حکومت، در نظام سلامت بکار گرفته است.

گفتمان ولایت‌فقیه (حضرت امام خمینی (ره)) و حضرت امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) در نظام سلامت: گفتمان غالب جمهوری اسلامی ایران است که بر پایه اندیشه‌ها، آراء، نظرات، رهنمودها و تدابیر حضرت امام خمینی (ره) و حضرت امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) شکل گرفته است و ریشه در آموزه‌های دینی و اسلام ناب محمدی (ص) دارد و بر اساس اصل پیشرفته ولایت‌فقیه در تصمیم‌گیری‌ها و راهبری امور کشور در نظام سلامت برای مسئولان و کارگزاران نظام هدایت‌گر بوده و تصمیم‌ها و انجام فعالیت‌ها را در همه سطوح، هم سو، هماهنگ و هم‌افزا می‌نماید...

محورها و رویکردهای قانون اساسی در نظام سلامت: مجموعه بایسته‌ها، نواهی، توصیه‌ها، چارچوب‌ها، جهت‌گیری‌ها و سایر مواردی است که رعایت آن‌ها در اداره امور نظام سلامت در اصول قانون اساسی تصریح شده و یا در مقدمه قانون اساسی به‌عنوان مبانی و چارچوب‌ها قانون به آن‌ها پرداخته شده است، (اعم از آن‌که به‌صورت قانون عادی شرح و بسط آن‌ها آمده باشد و یا نص صریح اصول آن‌ها را دیکته کند) و از لحاظ ادراکی، شناختی و حرکتی هدایت‌کننده مسئولان و کارگزاران نظام باشند.

اداره امور نظام سلامت: منظور از اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران مجموعه تصمیمات، اقدامات و فعالیت‌های مدیریتی در محورهای برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، هدایت، هماهنگی، پیاده‌سازی و اجرا، کنترل و ارزیابی است که مسئولان و کارگزاران نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در سطوح راهبردی، به‌منظور تحقق رسالت و اجرای مأموریت‌های فردی، سازمانی،



بخشی، ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی به انجام می‌رسانند. منظور از تدوین تجارب در این رساله شامل گردآوری اطلاعات، تبیین، مستندسازی و تئوریزه نمودن تجربیات مدیران و کارگزاران سطوح راهبردی نظام جمهوری اسلامی ایران در نظام سلامت بر پایه گفتمان الهی ولایت فقیه (حضرت امام خمینی ره) و حضرت امام خامنه‌ای (مدظله العالی) و مفاد قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است

روش‌شناسی:

این تحقیق از نوع کاربردی- توسعه‌ای است. چراکه اولاً دانش ضمنی و تلویحی درباره الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران را مدون نموده و توسعه می‌دهد و ثانیاً نتایج آن می‌تواند الگویی برای اداره امور کشور در موضوع و حوزه نظام سلامت باشد. در این تحقیق برای رسیدن به پاسخ سولات این پژوهش، از روش‌های متنوع کیفی نظیر پژوهش آمیخته و با رویکردی تفسیرگرا به روش زمینه‌ای (داده بنیاد) و با استفاده از ابزارهای مصاحبه و پرسشنامه و نرم‌افزارهای مختلف همچون نرم‌افزارهای اطلس تی آی، مکس کیو دی‌ای، و نرم‌افزارهای تجمیع‌کننده آثار امام (ره)، امام خامنه‌ای (مدظله العالی) و نیز متن قانون اساسی و مذاکرات زمان تدوین آن بهره گرفته شده است.

جامعه آماری و حجم نمونه: شیوه نمونه‌گیری در پژوهش‌های داده بنیاد غیر تصادفی و هدفمند است، لذا نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند و با روش گلوله برفی صورت گرفته که در فرآیند آن، طی مصاحبه با وزرا اسبق بخش نظام سلامت کشور، بر اساس روش گلوله برفی، از آنان پرسیده شده است که برای ادامه کار تا رسیدن به اشباع نظری، با چه افرادی و تا چه حجم نمونه این فرآیند ادامه یابد. جامعه آماری نیز به‌گونه‌ای انتخاب گردیده تا بتوان از تجربیات و نظرات مدیران و معاونین اجرایی ستادی و استانی، و مدیران ارشد راهبردی در سطح راهبردی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور که دارای تجربیات ارزشمندی در این حوزه هستند و حداقل دو دهه از سه دهه انقلاب اسلامی مشغول به فعالیت در این حوزه راهبردی و در پست‌های مختلف بوده‌اند، استفاده گردد. باین‌حال به‌عنوان یک معیار تقریباً کلی کرسول (۱۹۹۸) به نقل از محمد پور، ۱۳۸۹: ۱۱۵) حدود ۳۰-۲۰ مصاحبه را جهت اشباع مقوله‌ها و جزئیات نظریه زمینه‌ای کافی می‌داند. در این مطالعه ۳۰ مصاحبه از مدیران راهبردی در سطح کلان ملی حوزه مربوطه بخش سلامت کشور از مدیران ستادی و عملیاتی صورت گرفت. با توجه به اهداف حاکم



بر این پژوهش، جامعه آماری در این پژوهش شامل دو بخش اسناد و مدارک دست اول شامل فرمایشات ولایت فقیه و سند چشم‌انداز، قانون اساسی، و خبرگان حوزه کلان سلامت کشور که شامل وزرا و معاونین و محققین و اساتید دانشگاهی است را شامل می‌شود. همچنین در مصاحبه‌های انجام‌شده از مدیران راهبردی تلاش شده است تا با استفاده از سولات راهبردی در زمینه تجارب موفق و ناموفق نظام در بخش نظام سلامت و همچنین در خصوص الگوهای برتر و مطالعات تطبیقی در سیاست‌گذاری و هدف‌گذاری و همچنین دکتترین بخش نظام سلامت، از دیدگاه‌های ارزشمند آنان بهره‌مند گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات: جامعه آماری برای انجام این مصاحبه‌ها عبارت بوده است از آن دسته از وزرای اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران اجرایی ستادی راهبردی کشوری حوزه نظام سلامت کشور که حداقل دارای مدرک دکترای حرفه‌ای و بالاتر بوده که یک دهه از سه دهه انقلاب اسلامی در پست مدیریت اجرایی و کلان راهبردی کشوری دارای مسئولیت بوده و یا دارای تجربیات ارزشمندی در این حوزه هستند و همچنین مدیران کلان راهبردی، محققین و پژوهشگران راهبردی در سطح ملی و همچنین مدیران ارشد مسئول سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در اداره امور نظام سلامت که حداقل دارای مدرک دکترای حرفه‌ای و بالاتر بوده و در سطوح مدیران کل، معاونین وزیر بوده و در یک دهه از سه دهه انقلاب اسلامی دارای مسئولیت بوده و یا دارای تجربیات ارزشمندی در این حوزه بوده و برای محقق در دسترس بوده‌اند. مصاحبه‌ها از خبرگان مشخص شده در جامعه آماری، به‌صورت تمام شمار انجام شده و تا رسیدن به مرحله اشباع نظری و تکراری شدن پاسخ‌ها ادامه یافت. اشباع نظری مصاحبه‌شونده‌ها بعد از نفر نهم به تکرار رسید درعین حال، ترکیب مصاحبه‌شونده‌ها شامل اشخاصی از نحله‌های گوناگون فکری، عقیدتی، سیاسی با تنوع بالایی از تجربه و حضور در دهه‌های ۶۰، ۷۰، ۸۰ و ۹۰ بوده است که با هدف استخراج تجربیات مثبت و منفی نظام جمهوری اسلامی ایران برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در اداره امور نظام سلامت و نیز ارزیابی مدل مفهومی انجام شده است.

روش تحلیل اطلاعات: تجزیه و تحلیل کیفی برخلاف روش‌های کمی، هم‌زمان با مرحله گردآوری داده و به‌طور توأم انجام می‌شود (غفاریان، ۱۳۸۲: ۳۱۹). در تحقیقات کیفی مبنای تجزیه و تحلیل، عقل، منطق و تفکر و استدلال است و محقق به این ترتیب به کشف واقعیت دست می‌یابد. اصلاً "تجزیه و تحلیل، ترکیب و تجرید و تعمیم، کار عقل است. در تحقیقات کیفی، محقق می‌تواند از



طریق استدلال قیاسی و استقرایی، تمثیل و تشبیه، نشانه یابی، تجرید، تشخیص تفاوت و تمایز، مقایسه و ... همه به کمک تفکر و تعقل و منطق انجام می‌شود، داده‌های گردآوری شده را ارزیابی و تجزیه و تحلیل، و با ذهن مکاشفه‌ای خود نتیجه‌گیری کند (حافظ‌نیا، ۱۳۸۸: ۵۴). اطلاعات پیاده شده از مصاحبه‌ها بر مبنای روش سه مرحله‌ای داده بنیاد کدگذاری گردید. در کدگذاری باز؛ کدهای اولیه از مصاحبه‌ها انجام شده استخراج شد و سپس در کدگذاری محوری این مفاهیم بر اساس محتوا، به صورت مفهومی و انتزاعی در قالب مقولات عمده دسته‌بندی گردید و سپس در مرحله آخر با مقایسه هر مقوله محوری با دیگر مقوله‌ها کدگذاری گزینشی انجام و در ادامه با پاسخ به این سؤال که مقوله مورد نظر به چه مواردی اشاره دارد؟ و با کدام مجموعه از مقوله‌های دیگر می‌تواند در یک مقوله منتخب یا گزاره دسته‌بندی شود، سلسله روابط بین مقوله‌ها انجام و نظریه استخراجی صورت گرفت.

اشباع نظری در نظریه داده بنیاد: در نظریه مبنایی یک قاعده کلی هست و آن این که نمونه‌گیری را تا موقعی ادامه می‌دهیم که هر مقوله به اشباع برسد، یعنی تا موقعی که به نظر نمی‌رسد داده‌های جدیدی در ارتباط با مقوله پدید آید. اشباع نظری از اهمیت خاصی برخوردار است (استراس، کوربین، ۱۳۸۵). در این پژوهش با توجه به این که گردآوری داده‌ها در سه مرحله کدگذاری انجام شد و در هر سه نوع کدگذاری، محقق دائماً با مراجعه به متون برگرفته از مصاحبه‌ها، برخی کدها را حذف و به حسب نیاز بعضاً کدهای جدید را اضافه نمود. این روش رفت و برگشتی تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت.

شیوه‌های اعتبار یابی: باینکه برخی از پژوهشگران کیفی بحث درباره اعتبار و روایی داده‌ها و نتایج پژوهش را به طور سنتی مربوط به پژوهش‌های کمی می‌دانند اما واقعیت این است که در پژوهش‌های کیفی نیز صحت و اعتبار داده‌ها و یافته‌ها بخشی بسیار با اهمیت از فرآیند پژوهش است.

معیارهای متفاوتی به عنوان شاخص اعتبار پژوهش کیفی مطرح شده است (جانسون و کریستین ۲۰۰۸ به نقل از محمد پور، ۱۳۸۹: ۱۶۸)، در پژوهش حاضر از دو روش بازبینی مشارکت‌کنندگان و مرور خبرگان غیر شرکت‌کننده در پژوهش استفاده و پس از دریافت نظرات اصلاحی و مشاوره لازم با استادان، و محققین و صاحب‌نظران این حوزه ویرایش‌های لازم انجام و الگوی نهایی پس از تأیید خبرگان ارائه شده است.



تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های تحقیق

در این قسمت داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با خبرگان ارشد بخش نظام سلامت کشور (شامل وزرا و معاونین و مدیران کل راهبردی و مدیران عملیاتی) کشور در سه مرحله‌ی فرآیند تحلیل مضمونی، یعنی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با طی فرآیندی منطقی، منجر به ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت در کشور، گردید. بدین منظور با انجام مصاحبه، کلیه نظرات مصاحبه‌شوندگان ثبت و نگهداری و سپس تبدیل به متن شده و بعد از رسیدن به کفایت نظری (اشباع نظری) در نظرات ارائه‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان، کدهای اولیه (باز) ایجاد گردید که تعداد آن‌ها به ۴۲۲ عدد کد رسید و در قالب جداول مختلف تنظیم گردید و در ادامه کدگذاری ثانویه صورت پذیرفت.

کدگذاری داده‌ها: احصاء کد از متن: در کدگذاری باز بر اساس روش مرسوم در نظریه داده بنیاد، به هر یک از اجزاء عنوان و برجستگی داده می‌شود. این عنوان که اصطلاحاً به آن کد گفته می‌شود، باید گویای محتوای داده باشد، به طوری که محقق و خواننده، با مشاهده این عنوان و تیترو، تا حدود زیادی به مفهوم جملات پی ببرند (میلزو و هوبرمن، ۲۰۰۲: ۵۱).

مفهوم‌پردازی داده‌ها (شکل‌گیری مفاهیم): اولین گام در تجزیه و تحلیل داده‌ها، مفهوم‌پردازی آن‌ها می‌باشد. مفاهیم در تئوری سازی بنیادی، زیر مقوله‌هایی از نوع کدهای باز هستند که وظیفه‌شان ارائه جزئیات بیشتری در مورد هر مقوله است (استراس و کوربین، ۱۳۸۵). منظور از مفهوم‌پردازی یعنی اینکه مورد مشاهده، جمله یا پاراگراف را برداشته و آن را به اجزایی تقسیم کرده و به هر کدام از پدیده‌ها یا رخدادها نام یا برجستگی اطلاق شود که یا نشانه آن پدیده است یا می‌تواند بجای آن بنشیند. در طول تحقیق ممکن است به تعداد زیادی برجستگی مفهومی دست‌یافت، این مفاهیم باید دارای مبنایی باشند، یعنی پدیده‌های مشابه با یکدیگر طبقه‌بندی شوند. در این پژوهش داده‌ها از ابتدا از طریق پرسیدن سؤالات ساده‌ای نظیر چه، که، چگونه، چقدر، تجزیه و تفکیک و متعاقباً مقایسه شده و رویدادهای مشابه به یکدیگر گروه‌بندی شده و سپس عنوان "مفهومی مشابه" می‌گیرند (دانایی‌فرد و دیگران، ۱۳۸۳: ۴۷). پس از بررسی تمامی مفاهیم به دست آمده در این تحقیق و انجام فرآیند فوق، در خصوص این داده‌ها نیز به طور کامل اعمال گردید که ماحصل آن تعداد ۴۲۲ مفهوم (کدباز) احصاء شد.



مقوله پردازی داده‌ها (شکل‌گیری مقوله‌ها): در این مرحله، از طریق مقایسه مفاهیم با یکدیگر، محورهای مشترک، عنوان مقوله به خود می‌گیرند (گلیسر، ۲۰۰۲، ۲۳). باید به این نکته اشاره نمود که بیشتر مقولات را خود ما نام‌گذاری می‌کنیم. نامی که انتخاب می‌کنیم، باید نامی باشد که از نظر منطقی بیشترین ارتباط را با داده‌هایی که مقوله نمایانگر آن است، داشته باشد و باید آن‌قدر هم‌خوان باشد که آنچه را که ارجاع می‌کند به سرعت به خاطر بیاورد و بتوانیم در خصوص آن فکر کرده و از همه مهم‌تر تحلیل کنیم (غفاریان به نقل از: گلیسر، ۱۹۷۵: ۷۰ و استراس، ۱۹۹۴: ۳۳) گروه‌بندی مفاهیم، تعداد واحدهایی را که باید با آن‌ها کارکنیم، کاهش می‌دهد. روند طبقه‌بندی مفاهیم را که به نظر می‌رسد به پدیده‌های مشابه ربط پیدا می‌کند، مقوله پردازی می‌نامند. در هنگام مقوله پردازی سؤالاتی را بایستی طرح نمود و در پی پاسخ آن‌ها بود تا به خصوصیات موضوع یا شرایط آن (خصوصیات یا شرایط به پدیده‌هایی با انواع متفاوت اما مربوط به هم دلالت می‌کند) پی برد (استراس و کوربین، ۱۳۸۵). پس از طی مراحل عملیاتی کدگذاری باز در این بخش از تحقیق، تعداد ۹۸ کد ثانویه و ۲۷ طبقه فرعی حاصل گردید.

کدگذاری محوری داده‌ها: کدگذاری محوری مرحله بعدی تجزیه و تحلیل در نظریه پردازی داده بنیاد است. هدف از این مرحله برقراری رابطه بین طبقه‌های تولیدشده (در مرحله کدگذاری باز است. ارتباط سایر طبقه‌ها با طبقه محوری در شش عنوان می‌تواند تحقق داشته باشد که عبارت‌اند شناسایی عناصر علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر و راهبردها و پیامدها (استراس، کوربین، ۲۰۰۸) در کدگذاری محوری یکی از مقوله‌های کدگذاری باز به‌عنوان مقوله یا پدیده اصلی (پدیده اصلی یا هسته، همان فرآیند مورد مطالعه) انتخاب می‌شود و در مرکز فرآیند مورد بررسی قرار می‌گیرد و سایر مقوله‌ها را به هم مرتبط می‌سازد. در این تحقیق با توجه به ویژگی‌های بیان‌شده برای انتخاب یک پدیده یا مقوله محوری، مقوله تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه با رویکرد تقدم پیشگیری بر درمان به‌عنوان مقوله محوری در نظر گرفته شده است و سایر مقوله‌های پیرامون آن، در قالب الگوی پارادایمی قرار گرفته است. بنابراین مقوله‌های حاصله از کدگذاری محوری در این تحقیق را می‌توان به شرح ذیل بیان نمود:

عوامل علی: شرایط علی: به شرایطی گفته می‌شود که عامل اصلی به وجود آورنده پدیده مورد مطالعه باشد (استراس، کوربین، ۲۰۰۸) نتایج تحلیل محتوای پاسخ و نظرات مصاحبه‌شونده‌ها به سؤالات مطرح‌شده در خصوص ارائه الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت حاکی از



وجود ۷ مقوله فرعی در خصوص شرایط علی برای ایجاد پدیده مورد مطالعه است در واقع این مقوله‌ها عوامل اصلی تأثیرگذار بر ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت است.

جدول: ۲ عوامل علی ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
(۱)	عوامل مؤثر یا شرایط علی: ارائه الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت	(۱)	تقویت نظام سلامت
		(۲)	گسترش و پیشرفت نظام سلامت
		(۳)	توجه ویژه به نظام سلامت
		(۴)	پیوست و اولویت دادن به نظام سلامت
		(۵)	اهتمام به فعال نمودن نظام سلامت
		(۶)	توسعه و احیای زیرساخت‌های نظام سلامت
		(۷)	ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی

عوامل محوری: پدیده محوری حادثه یا اتفاق اصلی است که یک سلسله کنش‌ها /کنش‌های متقابل برای کنترل یا اداره کردن آن وجود دارد و به آن مربوط می‌شود (استراوس، کوربین، ۲۰۰۸). پدیده محوری در این تحقیق، اصل عدالت اجتماعی و بهره‌مندی از خدمات درمانی است. پدیده محوری در این تحقیق شامل ۲ مقوله می‌باشد که در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: عوامل محوری ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
-۲	عوامل محوری:	(۱)	تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین
		(۲)	پیشگیری مقدم بر درمان

عوامل زمینه‌ای: عوامل زمینه‌ای نشان‌دهنده یک سری خصوصیات ویژه است که به پدیده‌ای دلالت می‌کند، به عبارتی محل حوادث یا وقایع مرتبط با پدیده‌ای در طول یک بعد است که در آن کنش متقابل برای کنترل، اداره و پاسخ به پدیده صورت می‌گیرد. (استراوس، کوربین، ۲۰۰۸). این مقوله‌ها که به مقوله‌های محیطی نیز معروف‌اند، نشانگر یک سلسله شرایط خاصی است که ارائه الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مفاهیم تشکیل‌دهنده مقوله‌های زمینه‌ای ارائه الگوی راهبردی هرچند خود علت و دلیلی برای به وجود آمدن و شکل‌گیری مقوله



محوری پیاده‌سازی نیستند، اما زمینه‌ها و شرایط محیطی هستند که باعث توجه به پیاده‌سازی سیاست‌ها می‌شوند و بدون توجه به آن‌ها مقوله‌های راهبردی پیاده‌سازی سیاست‌ها نمی‌تواند به درستی بکار گرفته شوند و لازم است در الگوی راهبردی به آن‌ها توجه گردد. شرایط زمینه‌ای در این تحقیق شامل ۸ مقوله می‌باشد که در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴: مقوله‌های متغیرهای زمینه‌ساز در ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
۳-	متغیرهای زمینه‌ساز: زمینه‌های اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی	(۱)	هدف‌گذاری هوشمند در نظام سلامت
		(۲)	توجه به پیوست نظام سلامت در تمام قوانین
		(۳)	توجه اقتصادی به منابع مالی نظام سلامت
		(۴)	گسترش و توسعه نظام سلامت
		(۵)	امنیت شغلی در نظام سلامت
		(۶)	برنامه‌ریزی جامع و فراگیر در نظام سلامت
		(۷)	توجه به مشارکت‌های مردمی و خیرین در نظام سلامت
		(۸)	تدوین سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر اسناد بالادستی در نظام سلامت

عوامل مداخله‌گر: این مقوله‌ها که به مقوله‌های میانجی هم معروف است، نشانگر برخی شرایط خاصی است که راهبرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (استراس، کوربین، ۱۳۸۵) در این تحقیق ۵ مقوله به‌عنوان شرایط مداخله‌گر تأثیرگذار بر الگوی راهبردی به شرح جدول شماره (۵) مورد شناسایی واقع شد (استراس، کوربین، ۲۰۰۸)

جدول ۵: مقوله مداخله‌گر در ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
۴-	متغیرهای بازدارنده: بازدارنده‌های اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی	۱	عدم تأمین منابع مالی نظام سلامت
		۲	عدم خرید راهبردی خدمات سلامت
		۳	عدم کنترل بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
		۴	تضاد منافع ذی‌نفعان در سلامت
		۵	انحصار تصمیم‌گیری در نظام سلامت

عوامل راهبردی: مقوله‌های راهبردی: این مقوله‌ها راهبردهایی برای کنترل، اداره و برخورد با پدیده محوری را ارائه می‌کند (استراس، کوربین، ۱۳۸۵) راهبردهای موردنظر در نظریه داده بنیاد به ارائه راه‌حل‌هایی برای مواجهه با پدیده مورد مطالعه اشاره دارد که هدف آن اداره کردن پدیده



مورد مطالعه، برخورد با آن و حساسیت نشان دادن در برابر آن است (استراوس، کوربین، ۲۰۰۸) در این تحقیق (۲) مقوله به عنوان مقوله‌های راهبردی تشخیص داده شد که در جدول شماره ۶ آمده است.

جدول ۶: مقوله راهبردی ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
(۵)	راهبرد:	۱	تأمین عدالت در دسترسی همه آحاد مردم به خدمات نظام سلامت به خصوص مناطق غیر برخوردار
		۲	ارائه خدمات نظام سلامت بر اساس اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی

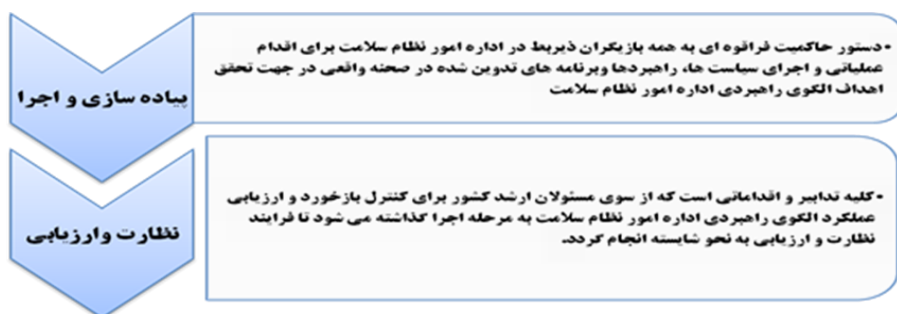
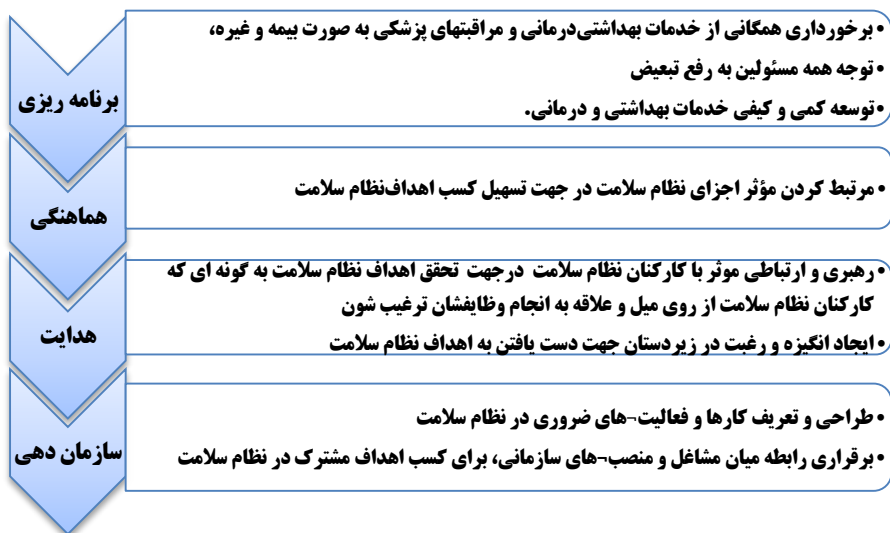
مقوله‌های پیامدها: مقوله‌های پیامدی نتیجه و حاصل راهبردها در رویارویی با پدیده و یا به منظور اداره و کنترل کردن پدیده است (استراس و کوربین، ۱۳۸۵). در این تحقیق ۲ مقوله اصلی به عنوان اساس مقوله‌های پیامدی تشخیص داده شد که در جدول شماره ۷ آمده است.

جدول ۷: مقوله‌های پیامدی ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت

ردیف	طبقه‌های اصلی	ردیف	طبقه‌های فرعی
(۶)	نتایج و پیامدها: اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران	-۱	تأمین سرمایه و امنیت اجتماعی کشور
		-۲	توسعه پایدار انسان سالم

الگوی پارادایمی تحقیق (برگرفته از کدگذاری محوری): با در نظر گرفتن مقوله‌های چندگانه و روابط موجود بین مقوله‌ها، الگوی پارادایمی ارائه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت از طریق تدوین تجارب نظام ج. ا. ا. بر اساس گفتمان ولایت فقیه و قانون اساسی حاصل از اجرای روش‌شناسی نظریه داده بنیاد در نمودار شماره ۲ آمده است.





شکل (۲) - الگوی پارادایمی راهبردی اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

نتیجه گیری و پیشنهاد

الف - نتیجه گیری:

محقق شدن یک الگوی راهبردی مدون و کاربردی به مجموعه عواملی بستگی دارد که هر یک می‌بایست به تفکیک مورد توجه قرار گیرد، به همان میزان که تدوین و طراحی الگوی راهبردی از اهمیت برخوردار است دقت در نحوه طراحی و انعطاف پذیر بودن آن هم مهم تلقی می‌شود. در این تحقیق ۳۰ مصاحبه با مدیران و صاحب نظران حوزه نظام سلامت کشور در سطح کلان ملی و راهبردی که شناخت کافی از این عرصه را دارا بوده، و در سطوح کلان مدیریتی، مسئولیت



پایه‌سازی و اجرای سیاست‌های کلی نظام سلامت را در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را به عهده داشته، صورت پذیرفت. بدین ترتیب در این تحقیق با ارائه الگویی بر اساس محورهای راهبردی از طریق تدوین تجارب بر اساس گفتمان ولایت‌فقیه و قانون اساسی می‌توان بخشی قابل توجهی از خلأ مباحث راهبردی مؤثر در ارائه الگوی اداره امور نظام سلامت را در کشور جبران نمود. همچنین در عنوان تحقیق و متغیرهای آن، نسبت به تحقیقات قبلی، نوآوری‌های زائدالوصفی به چشم می‌خورد. بررسی در منابع و اسناد موجود نشان می‌دهد مطالعات مربوط به ارائه الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت، از جمله مطالعاتی است که نوین بوده است. این تحقیق دارای دو ویژگی برجسته و خاص است. اولاً تجربیات نظام، در ارائه الگوی اداره امور نظام سلامت کشور را با روشی علمی، و مدون شده ارائه می‌کند و ثانیاً الگوی راهبردی در اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران را بر اساس گفتمان ولایت‌فقیه و قانون اساسی ارائه می‌نماید. استخراج دکترین، اهداف و سیاست‌های راهبردی این کار تاکنون در ایران انجام نشده است و این تحقیق اولین کار علمی در این موضوع و در این سطح محسوب می‌شود. در این پژوهش با استفاده از روش داده بنیاد که روش مناسبی جهت طراحی الگو از طریق داده‌های کیفی است، کدهای برگرفته از گزاره‌های متنی، تبدیل به مفاهیم و متعاقب آن، بر اساس قرابت معنایی و محتوایی بین مفاهیم، مقوله‌ها شناسایی شده و بر این اساس مقوله‌های چندگانه حول محور پدیده اصلی قرار گرفته و در نهایت الگوی پارادایمی تحقیق پدیدار گشت. مدل مستخرج از گفتمان ولایت‌فقیه و مستندات و متن قانون اساسی در حوزه اداره امور نظام سلامت با سیاست‌ها و رویکردها و مدل‌های اداره امور نظام سلامت در کشورهای دیگر، از جهاتی شبیه و از جهاتی متفاوت است. عمده‌ترین تشابه این دو رویکرد به حوزه اداره امور نظام سلامت، در محور و اساس بودن «تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و پیشگیری مقدم بر درمان» به‌عنوان مسیر تحقق اداره امور نظام سلامت است. همچنین در مدل مستخرج از گفتمان ولایت‌فقیه و قانون اساسی در این تحقیق، زمینه‌های اداره امور نظام سلامت در مقولات «تقویت نظام سلامت»، «گسترش و پیشرفت نظام سلامت»، «اولویت دادن به بخش نظام سلامت»، «توجه ویژه به نظام سلامت» و «اهتمام به فعال نمودن بخش نظام سلامت» با مدل‌های متعارف در کشورهای دیگر، مشابه و نزدیک است. درعین حال، مدل مستخرج با مدل‌های مشابه و متعارف در دیگر کشورها تفاوت‌هایی اساسی دارد که به‌طور خلاصه عبارت‌اند از:



۱- شرط علی « تقویت نظام سلامت » که باعث می‌شود «انگیزه‌های احیای و حفاظت از زیرساخت‌های نظام سلامت و منابع پایدار و قابل احصاء سلامت» باعث می‌شود که نظام سلامت کشور به سمت وسوی توسعه پایدار با حفظ منابع پایدار و قابل احصاء سلامت بر اساس موازین دینی و اسلامی پیش برود و در نهایت این حوزه تقویت بشود.

۲- در مدل مستخرجه از گفتمان ولایت فقیه و مستندات و متن قانون اساسی، تأمین عدالت و قسط اسلامی در بین مراکز بهداشتی درمانی ارائه‌کننده خدمات سلامت در اقصی نقاط کشور یک اصل است که در مدل‌ها و رویکردهای خارجی در بخش سلامت کمتر دیده می‌شود.

۳- در مدل ارائه‌شده در این تحقیق، محدودیت‌هایی در اداره امور نظام سلامت کشور تعیین شده است که شامل عدم تأمین منابع مالی کافی نظام سلامت، عدم خرید راهبردی خدمات سلامت، عدم کنترل مؤثر و اثربخش بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تضاد منافع ذی‌نفعان در سلامت، انحصار تصمیم‌گیری در نظام سلامت می‌شود.

۴- در شرایط زمینه‌ای مدل پارادایمی ارائه‌شده در این تحقیق، اداره امور نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، موارد « پیوست و اولویت دادن به نظام سلامت، اهتمام به فعال نمودن نظام سلامت، توسعه و احیای زیرساخت‌های نظام سلامت و ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی برای رسیدن به عدالت در سلامت » وجود دارد در حالی که در مدل‌های متعارف در کشورهای دیگر از آنجاکه معمولاً متصل یا هضم شده در فرآیندهای جهانی و نظام سلطه جهانی در این حوزه هستند، این کشورها معمولاً فاقد چنین زمینه‌ای در الگوی راهبردی‌شان در اداره امور نظام سلامت می‌باشند.

۵- از الگوی راهبردی ارائه‌شده در این تحقیق در اداره امور نظام سلامت، پیامدها و نتایجی انتظار می‌رود که قاعدتاً از الگوهای مشابه در دیگر کشورها انتظار نمی‌رود از جمله « بیمار دغدغه‌ای جز رنج بیماری را نداشته باشد » از طریق بهره‌مندی از «تأمین سرمایه و امنیت اجتماعی کشور» در اداره امور نظام سلامت و با رویکرد «توسعه پایدار انسان سالم».

الگوی پیشنهادی فراتر از نظریه‌های پیاده‌سازی موجود، که در خارج از کشور مطرح شده و نوعاً به معبود عوامل اثرگذار بر پیاده‌سازی در سطوح راهبردی پرداخته، توانسته است با اتخاذ رویکرد چندجانبه‌نگری، در حد بضاعت خود پدیده مورد مطالعه را از همه جوانب مورد مطالعه قرار دهد،



لذا اجرای آن با توجه به درک شرایط بومی کشور نویدبخش کمک به تحقق سیاست‌های کلی بخش نظام سلامت کشور ارزیابی می‌شود.

ب - پیشنهادها:

مهم‌ترین و بنیادین‌ترین پیشنهاد به سیاست‌گذاران نظام درباره اداره امور نظام سلامت، اجرای این الگوی راهبردی است که شاکله اصلی آن را فرامین حضرت امام (علیه السلام) و مقام عظمای ولایت حضرت امام خامنه‌ای (مدظله العالی) تشکیل می‌دهد. یعنی در هر یک از ابعاد ۹ گانه الگوی راهبردی اداره امور نظام سلامت، نتایج این تحقیق، به مرحله عملیاتی و اجرایی برسد. علاوه بر این، با استفاده از نتایج حاصل گشته از این پژوهش می‌توان، دور نمای تصویب و اجرای خط‌مشی‌های فراوان و سیاست‌های اجرایی واحدی را به سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان در جمهوری اسلامی ایران، در مورد اداره امور نظام سلامت کشور نشان داده و پیشنهادات لازمه را در این مسیر ارائه کرد:

۱- در سیاست‌گذاری در اداره امور نظام سلامت، توجه ویژه به این بخش و احصاء منابع سلامت پایدار و قابل احصاء در نظام سلامت از اهمیت ویژه‌ای برای نظام مقدس جمهوری اسلامی برخوردار است که می‌بایست بدان اهتمام ویژه داشت.

۲- اصل عدالت در سلامت بر مبنای دکتترین حاکم بر بخش سلامت محور همه سیاست‌های کلان اقتصادی نظام، علمی و حتی سیاسی، فرهنگی و اجتماعی و مدیریتی کشور قرار گیرد.

۳- دکتترین راهبردی حاکم بر بخش سلامت کشور همان عبارت گوهر بار مقام عظمای ولایت حضرت امام خامنه‌ای (مدظله العالی) می‌باشد که می‌فرماید: ((کاری کنید که بیمار دغدغه‌ای جز رنج بیماری نداشته باشد))، و مسئولین نظام جمهوری اسلامی می‌بایست، تمام فعالیت‌هایشان و جهت‌گیری‌هایشان در سطح کلان کشوری چه در بحث تصمیم‌سازی‌ها و چه در تصمیم‌گیری‌ها و حتی عملیاتی نمودن آن‌ها دارای رویکرد الزام‌آور داشته باشند و از آن کوتاه نیایند.

۴- اهتمام و رویکردهای اصلی نظام سلامت، تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و مقدم دانستن پیشگیری بر درمان به دنبال سیاست‌های کلی نظام سلامت منتج از توجه ویژه به بخش سلامت است، بر شناسایی دقیق و شفاف‌سازی پتانسیل‌های واقعی کشور در بخش سلامت، عدم بزرگ‌نمایی و آرمان‌گرایی طرح‌های ارائه‌شده، توجه به فعالیت‌های بهداشتی بخش سلامت، افزایش کمیّت و کیفیت خدمات با رویکرد توسعه و گسترش نظام سلامت در راستای



تأمین امنیت سلامت جان انسان‌ها و ایجاد امنیت اجتماعی در بحث اداره امور نظام سلامت متمرکز شود.

۵- توجه ویژه به نظام‌های بهره‌برداری بخش سلامت در اولویت سیاست‌های ناظر به اداره امور نظام سلامت قرار گیرند.

۶- از فرصت‌های تحریم‌های خارجی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی با رویکرد پدافند غیرعامل برای تحقق خوداتکایی محصولات بخش سلامت کشور بهره گرفته شود.

۷- با اتکا به توان نیرو داخلی و منابع غنی داخل کشور و با حرکت به سوی نظام سلامت دانش‌بنیان، از نفوذ سیاست‌گذاران سودجو و سوءاستفاده آن‌ها، در راستای ترویج و توسعه مصرف‌گرایی محصولات و تجهیزات پزشکی خارجی جلوگیری به عمل آید.



فهرست منابع

الف - منابع فارسی:

- امام خمینی، مجموعه فرمایشات (صحیفه نور)، قابل دسترسی در سایت: www.komeinei.ir
- امام خامنه‌ای، مجموعه بیانات، قابل دسترسی در سایت: www.Khamenei.ir
- اشتراوس، آنسلم، کوربین، جولیت (۱۳۸۵) نظریه مبنایی، ترجمه بیوک محمدی، تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
- استربرگ، کریستین جی (۱۳۸۴) روش‌های تحقیق کیفی در علوم اجتماعی، احمد محمد پور و علی شماعتی، دانشگاه یزد.
- حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۸۸)، مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، تهران انتشارات سمت.
- حسن بیگی، ابراهیم (۱۳۹۰)، مدیریت راهبردی، تهران، انتشارات سمت و مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی و دانشگاه عالی دفاع ملی.
- خلیلی شورینی، سیاوش (۱۳۸۶) روش‌های تحقیق در علوم انسانی، تهران، انتشارات یادواره کتاب
- دانایی فرد، حسن (۱۳۹۰)، سیاست‌گذاری عمومی، جزوه درسی دانشگاه عالی دفاع ملی
- دانایی فرد، حسن، الوانی، سید مهدی، آذر، عادل (۱۳۸۳) روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع، انتشارات صفار، تهران.
- دانایی فرد، حسن (۱۳۸۴)، تئوری پردازی با استفاده از رویکرد استقرایی: استراتژی مفهوم‌سازی تئوری بنیادی، دوماهنامه دانشور رفتار، سال دوازدهم، شماره ۱۱، تیرماه.
- دیوید فرد آر (۱۳۹۰)، مدیریت استراتژیک، ترجمه دکتر علی پارسائیان و دکتر سید محمد اعرابی، چاپ دوم، دفتر نشر پژوهش‌های فرهنگی.
- سو رین، ورنر، تا نکارد، جیمز (۱۳۸۶)، نظریه‌های ارتباطات، علیرضا دهقان، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- غفاریان، وفا (۱۳۸۲)، توسعه مدیران اجرایی، فرصت‌ها و رویکردها، مجموعه مقالات اولین کنفرانس توسعه منابع انسانی.
- فاضلی، خلیل‌الله (۱۳۷۱) سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در نظام رهبری و مدیریت اسلامی از دیدگاه عقل و وحی، نشریه مدیریت دولتی، شماره ۱۹.
- فرتوک زاده، حمیدرضا و جواد وزیری (۱۳۸۸) شایستگی دستیابی به سامانه‌های دفاعی، یک نظریه داده بنیان، فصلنامه سیاست علم و فناوری، سال دوم، شماره ۲، تابستان
- کاظمی، حسن (۱۳۹۰) پیاده‌سازی راهبردهای ملی، الزامات و ظرفیت‌ها، انتشارات دانشگاه عالی دفاع ملی.



- کرد نائیج، اسدالله (۱۳۸۱)، طراحی و تبیین مدل تعاملی استراتژی، فرهنگ‌سازمانی و محیط در سازمان‌های صنعتی کشور، (رساله دکتری)، راهنما: اصغر مشبکی، دانشگاه علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس
- عزیزی، فریدون، (۱۳۸۲)، آموزش علوم پزشکی، چالش‌ها، و چشم‌اندازها، نشر معاونت آموزشی وزارت بهداشت، چاپ اول، تهران
- مرندی، علیرضا، عزیزی، فریدون، (۱۳۷۷) سلامت در جمهوری اسلامی ایران، معاونت آموزش وزارت بهداشت، چاپ اول، تهران
- نقشه جامع سلامت، شورای عالی انقلاب فرهنگی - کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - تهران - آذر ۱۳۸۹
- دست‌آوردها، چالش‌ها، و افق‌های پیش رو نظام سلامت جمهوری اسلامی، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹، تهران
- نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰، تهران
- تبیین دکترین ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۱۴ هجری شمسی مجد زاده سید رضا، مهرابی بهار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۹ - رساله دکتری، تهران
- زارع، محمد، گزارش مطالعه و تحلیل نظام مدیریت اطلاعات سلامت و پیشنهاد مداخلات، ۱۳۹۲، تهران
- سالاریان زاده، محمد: گزارش مطالعه و تحلیل نظام مراقبت‌های ثانویه سلامت و پیشنهاد مداخلات، ۱۳۹۳، تهران
- دماری، بهزاد، وثوق مقدم، عباس، : گزارش مطالعه و تحلیل نظام مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت و پیشنهاد مداخلات، ۱۳۹۱، تهران
- دماری، بهزاد، وثوق مقدم، عباس: گزارش مطالعه و تحلیل نظام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری سلامت و پیشنهاد مداخلات، ۱۳۹۴، تهران
- سازمان بهداشت جهانی گزارش سال ۲۰۰۰



ب- منابع انگلیسی:

- Strauss, A & Corbin, J (2008). Basics of research. Translated by Mohammadi, Biok, Tehran: Human Science & Cultural Studies Center publication (in Persian).
- Miles, M. and Huberman, A. (2002), "Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods, Sage London; Beverly Hills.
- Glaser, B. G. (2002). Conceptualization: On نظریه and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*
- Frank D. Ferris, MD, (2012) *The Public Health Strategy for Palliative Care Cancer Control and Palliative Care (J.S.)*, World Health Organization; *International Palliative Care Initiative (J.S., K.M.F.)*, Open Society Institute, New York, New York; *Pain & Palliative Care Service (K.M.F.)*, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York; and *San Diego Hospice & Palliative Care (F.D.F.)*, San Diego, California, USA
- J. S tjernsward, D. Clark (2007) *Why a Public Health Strategy.*, Oxford textbook of palliative medicine (3rd ed.), Oxford University Press, Oxford (2004), pp. 1197-1224
- S. Kumar, M. Numpeli, (2005) *Neighborhood network in palliative care*, *Indian J Palliat Care*, 11 (2005), pp. 6
- Loepcke, Ronald MD, MPH; Taitel, Michael PhD; Haufle, Vince MPH; Parry, Thomas PhD; Kessler, Ronald C. PhD; Jinnett, Kimberly PhD, (2012), *Health and Productivity as a Business Strategy: A Multiemployer Study* *Journal of Occupational & Environmental Medicine: April 2009 - Volume 51 - Issue 4 - pp 411-428*
- Marvin E. González, Gioconda Quesada José V. Gavidia (2015), *Conceptual design of an e-health strategy for the Spanish health care system*, Volume 14, Issue S1, September 2005 Pages S169-S181
- Gilbert Wangalwa¹, Bennett Cudjoe², David Wamalwa¹, Yvonne Machira¹, Peter Ofware¹, Meshack Ndirangu¹, Festus Ilako¹ (2010), *Effectiveness of Kenya's Community Health Strategy in delivering community-based maternal and newborn health care in Busia County, Kenya: non-randomized pre-test post test study*, 1AMREF in Kenya, Nairobi, Kenya, 2AMREF in USA, New York, USA
- ILONA KICKBUSCH, (2015) *The need for a European Strategy on Global Health*, Graduate Institute of International Studies, Geneva, Switzerland.

