

Research Paper

Factors Affecting the Policymaking Process of the Health System in Iran Based on "the Second Phase of the Revolution" Statement

Mohammad Mohammadi¹ , *Mohammadreza Mardani² , Sedighe Tootian³ , Ehsan Sadeh¹ 

1. Department of management, College of Human Science, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
2. Department of Human Resource Management, Faculty of Management and Strategic Planning, Imam Hossein University, Tehran, Iran.
3. Department of Public Administration, Faculty of Management, Tehran West Branch, Islamic Azad University, , Tehran, Iran.



Citation Mohammadi M, Mardani M, Tootian S, Sadeh E. [Factors Affecting the Policymaking Process of the Health System in Iran Based on "the Second Phase of the Revolution" Statement (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2024; 18:E15703. <https://doi.org/10.32598/qums.18.1570.3>

 <https://doi.org/10.32598/qums.18.1570.3>

Received: 30 Sep 2023

Accepted: 28 Oct 2023

Available Online: 11 Nov 2024

ABSTRACT

Background and Objectives: The health system of a country, as one of the vital systems, is responsible for the health of the society, and for policy making with the aim of improving people's the community health and . Improving the performance of the health system is one of the governance duties of this system. This study aims to find the factors affecting the policymaking process of the health system in Iran based on "the second phase of the revolution" statement using an interpretative structural modeling (ISM) approach.

Methods This is a qualitative study. Participants were 11 experts in health who were selected purposefully. By conducting interviews with the experts, the components were extracted and the relationships between these components were determined by the ISM method.

Results Nineteen main components were identified at three levels. The third-level components included the managerial factors, human resources, processes and methods. macro policies, supportive role, tenure role, stewardship role, exclusive services, economic factors, social factors, technological factors, and political factors. The second-level components included prevention priority, health resource management, cultural enrichment, health promotion, and modification of methods and processes. The first-level components included promotion of community health and the economic efficiency of the health system.

Conclusion Attention to the identified components can improve the policymaking process of the health system in Iran, reduce the problems of the health system, and cause economic benefits and social welfare.

Keywords:

Health, Policy making, Interpretative structural modeling

*** Corresponding Author:****Mohammadreza Mardani, Associate Professor.****Address:** Department of Human Resource Management, Faculty of Management and Strategic Planning, Imam Hossein University, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (919) 0497549**E-Mail:** m.mohammadi1642@gmail.com

Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Health is one of the most important human needs for sustainable social, economic, political and cultural development. The health system of a country is responsible for the health of the society, and policy-making and developing regulations. For optimal management of health resources and continuous improvement of health system performance in Iran, it is necessary to pay attention to "the second phase of the revolution" statement. This study aims to assess the factors affecting the policymaking of the health system in Iran based on this statement using interpretive structural modeling (ISM) approach.

Methods

This is qualitative study that was conducted in two stages. In the first stage, by conducting interviews with 11 experts in health, the most important components related to the policy-making based on the "the second phase of the revolution" statement were identified. In these interviews, the experts were asked about the economic efficiency of medical universities, causal factors of the existing situation, strategies to improve the efficiency of health system services according to the statement, intervening and contextual factors affecting the strategies and the consequences of implementing the strategies.

Finally, the components were classified as causal factors, strategies, contextual factors, intervening factors, and consequences. In the second step, the identified components were analyzed using the ISM method. To determine the key components, the influence power and dependence power in the final reachability matrix were evaluated. In this matrix, the influence power indicates the number of criteria that is affected by the corresponding element and the dependence power refers to the number of elements that affect the corresponding element. The autonomous variables of the matrix have a weak dependence and influence power. The dependent variables have a weak influencing power, but a high dependence power. The linkage variables have strong influence and dependence power. The independent variables have a strong influence power, but weak dependence power.

Results

Nineteen main components were identified at three levels (Lower levels have more influence on higher levels). The third-level components included the managerial fac-

tors, human resources, processes and methods. macro policies, supportive role, tenure role, stewardship role, exclusive services, economic factors, social factors, technological factors, and political factors. The second-level components included prevention priority, health resource management, cultural enrichment, health promotion, and modification of methods and processes. The first-level components included promotion of community health and the economic efficiency of the health system and medical universities.

Conclusion

Paying attention to the identified components and their use by the health system of the country in making policies can help achieve the transcendental goals of the health system. Internal organizational factors and provincial factors are the most important variables affecting the economic status of medical universities in Iran. By relying on the Board of Trustees of medical universities as well as the Health and Food Security Council of the provinces, many weakness and threats to the health system can be eliminated.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In this study, no experiments on human or animal samples were conducted. In this regard, no ethical approval code was obtained.

Funding

This article was extracted from a PhD thesis at Islamic Azad University, Saveh Branch. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. This research has no financial sponsor.

Authors contributions

The authors contributed equally to preparing this paper.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank and appreciate the participants for their cooperation in this research.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

خطمشی گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم انقلاب با رویکرد مدل سازی ساختاری تفسیری

محمد محمدی^۱، *محمدرضا مردانی^۲، صدیقه طوطیان^۳، احسان ساده^۱

۱. گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.
۲. گروه مدیریت منابع انسانی، دانشکده مدیریت و برنامه ریزی راهبردی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران.
۳. گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Mohammadi M, Mardani M, Tootian S, Sadeh E. [Factors Affecting the Policymaking Process of the Health System in Iran Based on "the Second Phase of the Revolution" Statement (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E15703. <https://doi.org/10.32598/qums.18.1570.3>

 <https://doi.org/10.32598/qums.18.1570.3>

چکیده

زمینه و هدف: نظام سلامت به عنوان یکی از نظام های حیاتی، تولید سلامت جامعه را به عهده دارد و خطمشی گذاری با هدف ارتقای سلامت مردم و بهبود عملکرد نظام سلامت از وظایف حاکمیتی این نظام است. هدف این پژوهش خطمشی گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم انقلاب با رویکرد مدل سازی ساختاری تفسیری است.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش کیفی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه پژوهش ۱۱ نفر از خبرگان حوزه سلامت بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند و ابزار گردآوری داده ها مصاحبه و پرسش نامه بود. ابتدا با انجام مصاحبه با خبرگان حوزه سلامت، مؤلفه ها استخراج شدند و در مرحله دوم روابط بین این مؤلفه ها با روش مدل سازی ساختاری تفسیری تعیین شد.

یافته ها: ۱۹ مؤلفه اصلی شناسایی و این مؤلفه ها در ۳ سطح طبقه بندی شدند و در نهایت مدل شبکه تعاملات پژوهش ترسیم شد که مؤلفه های مسائل مدیریتی، منابع انسانی، فرایندها و روش ها، سیاست های کلان، نقش تولییتی، نقش تصدی گری، نقش حمایتی، خدمات انحصاری، اقتصادی، اجتماعی، فناوریانه و سیاسی در سطح سوم، مؤلفه های اولویت پیشگیری بر درمان، مدیریت صحیح منابع سلامت، غنی سازی فرهنگ سلامت، ارتقای سرمایه انسانی و بهبود روش ها و فرایندها در سطح دوم و مؤلفه های ارتقا و بهبود سلامت جامعه و کارآمدی اقتصادی نظام سلامت در سطح اول بود.

نتیجه گیری: پیاده سازی راهبردهای پژوهش باعث بهبود و ارتقای سطح سلامت جامعه و کارآمدی اقتصادی نظام سلامت می شود و کاهش معضلات نظام سلامت، منافع اقتصادی و رفاه اجتماعی را به دنبال دارد.

تاریخ دریافت: ۰۸ مهر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۶ آبان ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۲۱ آبان ۱۴۰۳

کلیدواژه ها:

سلامت، خطمشی
گذاری، مدل سازی
ساختاری

* نویسنده مسئول:

محمدرضا مردانی

نشانی: تهران، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، دانشکده مدیریت و برنامه ریزی راهبردی، گروه مدیریت منابع انسانی.

تلفن: ۰۴۹۷۵۴۹ (۹۱۹) ۹۸+

رایانامه: m.mohammadi1642@gmail.com



Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

سلامت یکی از ارزشمندترین دارایی‌های بشری است که اساس توسعه پایدار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تمام جوامع بشری بر آن استوار است [۱]. نظام نیز سلامت به‌عنوان یکی از نظام‌های حیاتی در بین سازمان‌های اجتماعی تولید سلامت را به عهده دارد که خطمشی‌گذاری و تدوین قوانین و مقررات با هدف ارتقای سلامت مردم و بهبود عملکرد نظام سلامت از وظایف حاکمیتی این نظام است [۲]. خطمشی‌گذاری به منزله یکی از اولویت‌های هر کشور، همواره در کانون توجه کارگزاران و دانشگاهیان با هدف جست‌وجوی راه‌حلی برای مسائل و مشکلات نظام اداری و دستیابی به سلامت اداری قرار دارد [۳].

بنابراین سازمان بهداشت جهانی^۱، کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت با هدف ارتقا و حفظ سلامتی جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های سلامت تعیین کرده است [۴]. در نتیجه امروزه داشتن جامعه‌ای پویا و روبه‌رشد بدون وجود نظام سلامت کارآمد، دشوار است [۵]. ولی افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت و کمبود منابع، به دلیل تغییرات ترکیب جمعیتی، تغییر الگوی بیماری‌ها و استفاده از فناوری جدید و پیشرفته درمانی از چالش‌های مهم نظام‌های سلامت به شمار می‌آید [۶]. و به همین دلیل کنترل افزایش هزینه‌ها و تخصیص عادلانه منابع، همراه با ارتقای میزان کارآمدی و توجه به شاخص عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، به‌عنوان معیار و شاخص اصلی محسوب می‌شود [۷]. باتوجه‌به اینکه منابع نظام سلامت محدود و نیازهای سلامتی مردم نامحدود است و سرعت رشد هزینه‌های سلامت بیش از سرعت رشد تولید ناخالص داخلی است [۸]. ضروری است سیاست‌گذاران نظام سلامت با کلیه ذی‌نفعان از جمله مدیران سایر بخش‌ها و با نمایندگان مردم و افراد بانفوذ در تعامل باشند تا موضوعات سلامتی را در سیاست‌های بخش‌های مختلف دولت لحاظ کنند و به بهبود تدوین خطمشی‌های سلامت در جهت کنترل و مدیریت منابع سلامت کمک کنند [۳].

نظام‌های سلامت یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های اقتصاد جهان را تشکیل می‌دهند و هزینه‌های جهانی مراقبت‌های بهداشتی تقریباً ۸ درصد تولید ناخالص داخلی کشورها بوده و در اغلب کشورهای در حال توسعه حدود ۵ الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص می‌یابد [۶]. بنابراین مدیریت صحیح منابع نظام سلامت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و توجه به کارآمدی و اثربخشی خدمات سلامت و به دست آوردن ارزش بیشتر از منابع نظام سلامت، به‌خصوص در زمان رکود اقتصادی ناشی از اعمال تحریم‌های اقتصادی و از طرفی تأثیرپذیری نظام سلامت از

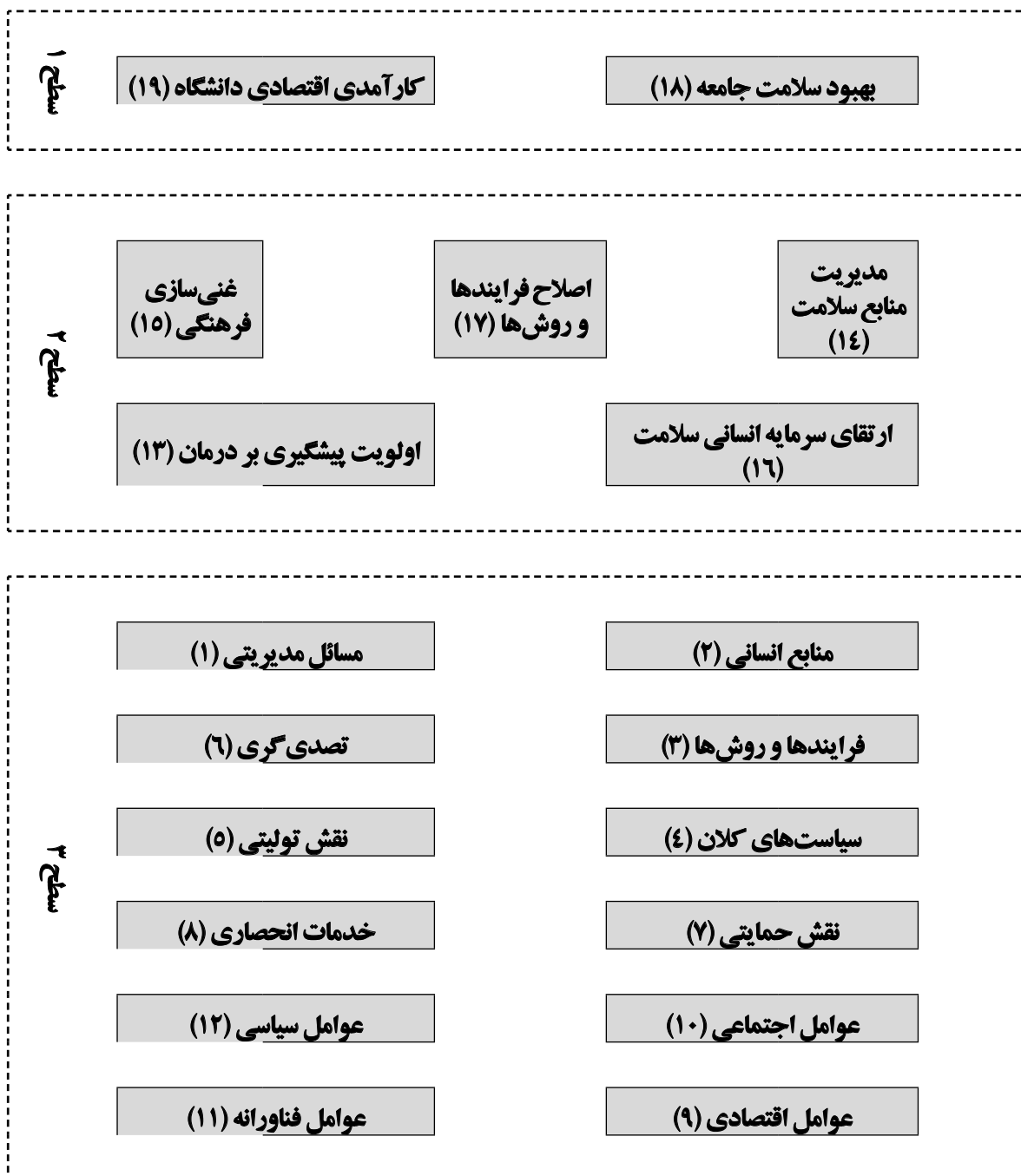
تحریم‌ها، از اهمیت بیشتری برخوردار است [۹]. همچنین حدود ۲۰ الی ۴۰ درصد منابع بخش سلامت در جهان به هدر می‌رود و سالانه حدود ۳۰۰ میلیارد دلار به خاطر ناکارآمدی بیمارستان‌ها در دنیا از بین می‌رود [۱۰]. بنابراین خطمشی‌گذاری در حوزه سلامت با هدف پیشگیری از اتلاف منابع و ارتقای کارآمدی و اثربخشی خدمات سلامت، یکی از مهم‌ترین نیازها و اولویت‌های نظام سلامت کشور است و طبق بررسی مهم‌ترین مسئله ناکارآمدی نظام سلامت کشور و وجود برخی از معضلات و نرسیدن به اهداف برنامه‌های توسعه کشور، ریشه در عدم تدوین خطمشی‌های مناسب یا اجرای نامناسب خطمشی‌ها در کنار عدم ارزیابی و پایش نامناسب برای سنجش میزان دستیابی به اهداف است. تدوین خطمشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای مدیریت دولتی چارچوبی برای سایر تصمیم‌گیری‌ها فراهم می‌آورد [۱۱]. خطمشی‌گذاری در بخش سلامت در مقایسه با دیگر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجه برخوردار است و همکاری طیف وسیعی از بازیگران سطوح حکمرانی و مشارکت جامعه و فرد را می‌طلبد [۱۲]. بنابراین در جهت مدیریت بهینه منابع سلامت و بهبود مستمر عملکرد نظام سلامت ضرورت دارد از رهنمودهای بیانیه گام دوم انقلاب و چشم‌اندازی که برای ۴۰ سال آینده کشور ترسیم کرده است بهره‌گیری شود و خطمشی‌گذاری‌ها نیز بایستی منطبق بر بندهای این بیانیه در حوزه‌های مختلف تدوین و بازنگری شود. این پژوهش با «هدف خطمشی‌گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم انقلاب با رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش کیفی اکتشافی انجام شده و از حیث هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش، شامل ۱۱ نفر از خبرگان حوزه سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی استان مرکزی و قم با تحصیلات دانشگاهی و سابقه کاری مرتبط بوده است که به روش هدفمند انتخاب شدند. این پژوهش در بازه زمانی سال ۱۴۰۰ لغایت سال ۱۴۰۱ انجام شد و ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه و پرسش‌نامه بود.

این پژوهش در ۲ مرحله انجام شد. در مرحله اول با انجام مصاحبه با خبرگان حوزه سلامت مهم‌ترین مؤلفه‌های مرتبط با خطمشی‌گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم انقلاب شناسایی شدند که در این مصاحبه‌ها از خبرگان خواسته شد در خصوص وضعیت کارآمدی اقتصادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، عوامل علی وضعیت موجود، راهبردهای بهبود و ارتقای وضعیت کارآمدی خدمات نظام سلامت باتوجه‌به رهنمودهای بیانیه گام دوم انقلاب، عوامل مداخله‌گر و شرایط زمینه‌ای اثرگذار بر راهبردها و پیامدهای ناشی از اجرای راهبردها اظهار نظر کنند و در نهایت نتایج مصاحبه‌ها در قالب عواملی علی، راهبردها، عوامل زمینه‌ای،

1. World Health Organization (WHO)



رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری

مدل‌سازی ساختاری تفسیری روشی اکتشافی برای شناسایی روابط شاخص‌ها و سطح‌بندی آن‌ها مبتنی بر پارادایم تفسیرگرایانه است. با استفاده از این روش می‌توان الگوی روابط علی و پیچیده میان یک مجموعه از عوامل را شناسایی کرد. در این روش ابتدا عوامل یا مؤلفه‌های مورد مطالعه از طریق مرور ادبیات تحقیق و یا از طریق مصاحبه خبرگان، مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد [۱۳].

عوامل مداخله‌ای و پیامدها، در جدول شماره ۱ طبقه‌بندی و نشانه‌گذاری شد. در مرحله دوم با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری^۲ مؤلفه‌های شناسایی شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و مدل ساختاری تفسیری خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت ترسیم شد.

جدول ۱. طبقه‌بندی و نشانه‌گذاری ابعاد و مؤلفه‌های خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت

ابعاد پژوهش	مقوله اصلی	مفاهیم
شرایط علی	مسائل مدیریتی {۱}	عدم وجود بودجه‌ریزی عملیاتی، نبود تحلیل هزینه‌فایده و عدم ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها و اقدامات عدم استفاده از سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد
	منابع انسانی {۲}	ترکیب غیراصولی مدیریت دولتی و مدیریت بازرگانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی عدم توانایی و مهارت مدیران مراکز هزینه ای دانشگاه‌های علوم پزشکی در مدیریت مالی عدم رعایت اصول شایسته‌سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران در سطوح عملیاتی تا عالی
	فرایندها و روش اجرا {۳}	نبود نظام کارآمد پرداخت مبتنی بر ارزیابی عملکرد توزیع نامتقارن و نامتناسب امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در سطح شهر و عدم تناسب آن با وضعیت جمعیت، سطح زندگی و آگاهی و فرهنگ مردم کامل نشدن سیر درمان بیماران و بستری مجدد و ایجاد هزینه مضاعف برای نظام سلامت نبود اتصال و نظام ارجاع کارآمد بین بهداشت و درمان تقدم امور درمانی بر پیشگیری و بهداشت در برنامه‌ریزی‌ها و هزینه‌کردها
راهنمها	اولویت پیشگیری و بهداشت بر درمان {۱۳}	توسعه سلامت با استفاده از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نه صرفاً توسعه بهداشت و درمان ارتقای سلامت با رویکرد افزایش مشارکت، فرهنگ و سواد سلامت در جامعه توسعه سبک زندگی ایرانی اسلامی در سطح جامعه اصلاح الگوی تجویز و مصرف در نظام سلامت
	مدیریت منابع سلامت {۱۴}	ایجاد نگهداشت و افزایش ذخایر راهبردی و ضروری: تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا). خرید متمرکز دارو و ملزومات پزشکی از سوی ستاد دانشگاه تسری رویکرد جهادی در همه شئون سلامت، خاصه مدیریت‌ها
	غنی‌سازی فرهنگی {۱۵}	فرهنگ‌سازی مقاومت در نظام سلامت با الهام از تجارب و دستاوردهای فاخر ملی تعمیم و تعمیق ادغام آموزش و پژوهش سلامت در خدمات و مراقبت‌ها توسعه شایستگی‌های کادر فنی و کادر عمومی نظام پرداخت مبتنی بر ارزیابی کمی و کیفی عملکرد توسعه مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده الکترونیکی‌سازی خدمات و فرایندها به‌ویژه پرونده الکترونیک سلامت (اعم از بهداشت و درمان) تبدیل بیمارستان‌های بزرگ به دیارتمان‌های تخصصی بازآفرینی جایگاه شورای سلامت و غذایی استان‌ها
عوامل زمینه‌ای	سیاست‌های کلان {۴}	سیاست‌های کلی نظام در حوزه سلامت واگذاری تولیت، حاکمیت و تصدی‌گری نظام سلامت در سطح استان‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی
	نقش تولیدی {۵}	پیچیدگی، عدم تمرکز جغرافیایی، تنوع بالا، حجم بالا و درهم‌تنیدگی وظایف و خدمات دانشگاه‌های علوم پزشکی
	تصدی‌گری {۶}	تأثیرپذیری شدید فعالیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی از سایر دستگاه‌های اجرایی سطح استان و عدم توانایی دانشگاه‌ها در تأثیرگذاری بر آن‌ها
خدمات انحصاری	نقش حمایتی {۷}	وابسته کردن آحاد مردم به خدمات دولتی سلامت به‌جای خدمات بخش غیردولتی به دلیل فراوانی خدمات و ارزان بودن آن‌ها
	خدمات انحصاری {۸}	

ابعاد پژوهش	مقوله اصلی	مفاهیم
عوامل مداخله‌گر	عوامل اقتصادی {۹}	سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی تحریم‌های اقتصادی در زمینه دارو، تأسیسات، و تجهیزات پزشکی به‌هم‌ریختگی و نوسان شدید بازار مالی و عرضه کالا و خدمات افزایش روزافزون انتظارات جامعه از نظام سلامت
	عوامل اجتماعی {۱۰}	توسعه رفاه عمومی توفیق فرهنگ مصرف‌گرایی بر زندگی مولد
	عوامل فناورانه {۱۱}	تغییرات مستمر و به سرعت فناوری تجهیزات پزشکی و دارو به‌روز شدن مستمر دانش پزشکی و پروتکل‌های سلامت
	عوامل سیاسی {۱۲}	تغییرات کوتاه‌مدت و مستمر تیم مدیریتی وزارت بهداشت و به تبع آن دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مداخلات گروه‌های سیاسی و فشارهای حزبی در اداره امور دانشگاه‌های علوم پزشکی
پیامدها	بهبود و ارتقای سلامت جامعه {۱۸}	ارجحیت پیدا کردن پیشگیری بر درمان تغییر نقطه تمرکز دانشگاه‌ها از امور پشتیبانی به مأموریت‌های اصلی
	کارآمدی اقتصادی دانشگاه‌های علوم پزشکی {۱۹}	هدفمند شدن هزینه‌کردها صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌های دولت کاهش پرداخت از جیب از سوی مردم

تکمیل شد. اگر از دیدگاه چند خبره برای مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شود از ۲ روش برای رسیدن به ماتریس خودتعاملی استفاده می‌شود. اجماع: خبرگان با مشورت و همفکری هم ماتریس خودتعاملی ساختاری را تکمیل کنند؛ فراوانی (مد): در این روش نظر اکثریت به‌عنوان نظر نهایی انتخاب می‌شود [۱۶].

ماتریس دسترسی اولیه یا دستیابی

این مرحله از تبدیل ماتریس خودتعاملی ساختاری به یک ماتریس ۲ ارزشی (صفر و ۱) به‌صورت **جدول شماره ۳** است که پس از تبدیل تمام سطرها و ستون‌ها به اعداد، ماتریس دستیابی اولیه تشکیل می‌شود. درایه‌های قطر اصلی برابر ۱ قرار می‌گیرد و برحسب قواعد زیر ماتریس دستیابی اولیه تشکیل می‌شود:

اگر در خانه ز_۱ در ماتریس خودتعاملی ساختاری نماد ۷ گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دستیابی عدد ۱ می‌گیرد و خانه قرینه آن یعنی خانه آ_۱ عدد صفر می‌گیرد. اگر در خانه ز_۲ در ماتریس خودتعاملی ساختاری نماد A گرفته باشد، خانه مربوطه در ماتریس دستیابی عدد صفر می‌گیرد و خانه قرینه آن، یعنی خانه آ_۲ عدد ۱ می‌گیرد.

اگر خانه ز_۳ در ماتریس خودتعاملی ساختاری نماد X گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دستیابی عدد ۱ می‌گیرد و خانه قرینه آن، یعنی خانه آ_۳ هم عدد یک می‌گیرد. اگر در خانه ز_۴ در ماتریس خودتعاملی ساختاری نماد O گرفته است، خانه مربوطه در ماتریس دستیابی عدد صفر می‌گیرد و خانه قرینه آن، یعنی خانه آ_۴ هم عدد صفر می‌گیرد [۱۷].

سپس عوامل شناسایی شده، غربال شده و مهم‌ترین فاکتورها برای بررسی نهایی آماده می‌شوند. این رویکرد به تحقیق کمک می‌کند که مؤلفه‌ها هم دارای پشتوانه نظری باشند و هم از نظر کاربردی با شرایط خاص مورد مطالعه سازگاری داشته باشند. فهرست نهایی عوامل یا مؤلفه‌ها و روابط درونی بین آن‌ها از طریق ارزیابی و مقایسه زوجی از طریق پرسش‌نامه ماتریسی محور با نظر خبرگان انجام شد [۱۴].

گام‌های مدل‌سازی ساختاری تفسیری

تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری

پس از شناسایی مؤلفه‌ها، یک پرسش‌نامه ماتریس مربع‌مانند به ابعاد $n \times n$ از مؤلفه‌های موجود در سطر و ستون اول به ترتیب طراحی می‌شود و این ماتریس با استفاده از ۴ حالت روابط مفهومی که براساس بحث و نظرات گروه متخصصان است، تشکیل می‌شود [۱۵]. حالت‌ها و علائم مورد استفاده:

V: یعنی متغیر سطر A بر متغیر ستون Z تأثیر دارد.

A: یعنی متغیر ستون Z بر متغیر سطر A تأثیر دارد.

X: یعنی بین سطر A و ستون Z رابطه دوسویه وجود دارد.

O: یعنی بین سطر A و ستون Z رابطه‌ای وجود ندارد.

در این پژوهش نتایج ماتریس خودتعاملی ساختاری براساس نظر خبرگان در قالب **جدول شماره ۲** با استفاده از روش فراوانی (مد)

جدول ۲. ماتریس خودتعاملی ساختاری

متغیر	مسائل مدیریتی (۱)	منابع انسانی (۲)	فرآیندها و روش‌ها (۳)	سیاست‌های کلان (۴)	نقش‌تولیتی (۵)	تصدی‌گری (۶)	نقش حمایتی (۷)	خدمات انحصاری (۸)	عوامل اقتصادی (۹)	عوامل اجتماعی (۱۰)	عوامل فناورانه (۱۱)	عوامل سیاسی (۱۲)	اولویت‌پیشگیری بر درمان (۱۳)	مدیریت منابع سلامت (۱۴)	غنی‌سازی فرهنگی (۱۵)	ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)	بهبود سلامت جامعه (۱۸)	کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)
مسائل مدیریتی (۱)	V																		
منابع انسانی (۲)		V																	
فرآیندها و روش‌ها (۳)			V																
سیاست‌های کلان (۴)				V															
نقش‌تولیتی (۵)					V														
تصدی‌گری (۶)						V													
نقش حمایتی (۷)							V												
خدمات انحصاری (۸)								V											
عوامل اقتصادی (۹)									V										
عوامل اجتماعی (۱۰)										V									
عوامل فناورانه (۱۱)											V								
عوامل سیاسی (۱۲)												V							
اولویت‌پیشگیری بر درمان (۱۳)													V						
مدیریت منابع سلامت (۱۴)														V					
غنی‌سازی فرهنگی (۱۵)															V				
ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)																V			
اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)																	V		
بهبود سلامت جامعه (۱۸)																		V	
کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)																			V

جدول ۳. ماتریس دسترسی اولیه یا دستیابی

متغیر	مسائل مدیریتی (۱)	منابع انسانی (۲)	فرآیندها و روش‌ها (۳)	سیاست‌های کلان (۴)	نقش تولیدی (۵)	تصدی گری (۶)	نقش حمایتی (۷)	خدمات انحصاری (۸)	عوامل اقتصادی (۹)	عوامل اجتماعی (۱۰)	عوامل فناورانه (۱۱)	عوامل سیاسی (۱۲)	اولویت پیشگیری بر درمان (۱۳)	مدیریت منابع سلامت (۱۴)	غنی سازی فرهنگی (۱۵)	ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)	بهبود سلامت جامعه (۱۸)	کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)
مسائل مدیریتی (۱)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
منابع انسانی (۲)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
فرآیندها و روش‌ها (۳)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
سیاست‌های کلان (۴)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
نقش تولیدی (۵)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
تصدی گری (۶)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
نقش حمایتی (۷)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
خدمات انحصاری (۸)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
عوامل اقتصادی (۹)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
عوامل اجتماعی (۱۰)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
عوامل فناورانه (۱۱)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
عوامل سیاسی (۱۲)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
اولویت پیشگیری بر درمان (۱۳)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مدیریت منابع سلامت (۱۴)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
غنی سازی فرهنگی (۱۵)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
بهبود سلامت جامعه (۱۸)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

ماتریس انتقال‌پذیری یا ماتریس دسترسی نهایی

بعد از آنکه ماتریس به یک ماتریس صفر و ۱ تبدیل شد، باید ماتریس ثانویه مانند **جدول شماره ۴** طراحی شود و برای اطمینان باید روابط ثانویه کنترل شود. به این معنا که اگر A منجر به B شود و B منجر به C شود، در این صورت باید A منجر به C شود. به زبان علمی با وارد کردن انتقال‌پذیری در روابط شاخص‌ها، ماتریس دستیابی نهایی به دست می‌آید. همچنین برای تعیین روابط و سطح‌بندی معیارها در مدل ساختاری تفسیری باید مجموعه خروجی‌ها و مجموعه ورودی‌ها برای هر معیار از ماتریس دریافتی استخراج شود. مجموعه دستیابی (اثرگذاری یا خروجی‌ها): شامل خود معیار و معیارهایی است که از آن تأثیر می‌پذیرد که قدرت نفوذ نیز اطلاق می‌شود. مجموعه پیش‌نیاز (اثرپذیری یا ورودی‌ها): شامل خود معیار و معیارهایی است که بر آن تأثیر می‌گذارند و میزان وابستگی نیز شناخته می‌شود.

سطح‌بندی متغیرها

پس از تعیین مجموعه دستیابی و مجموعه پیش‌نیاز، اشتراک ۲ مجموعه به صورت **جدول شماره ۵** به دست می‌آید. اولین متغیری که اشتراک ۲ مجموعه برابر با مجموعه قابل دستیابی (خروجی‌ها) باشد، سطح اول خواهد بود. بنابراین عناصر سطح اول بیشترین تأثیرپذیری را در مدل خواهند داشت. پس از شناسایی شاخص‌های سطح اول، این عناصر حذف شده و فرایند محاسبه مجموعه دستیابی و پیش‌نیاز ادامه پیدا می‌کند. این فرایند تا حذف تمامی شاخص‌ها ادامه پیدا می‌کند [۱۸].

ترسیم مدل شبکه تعاملات

مدل شبکه تعاملات با استفاده از داده‌های جدول سطح‌بندی مؤلفه‌ها یا داده‌ها، همانند **تصویر شماره ۱** ترسیم می‌شود که مدل ساختاری یا دیاگرام مدل خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت نامیده می‌شود.

تجزیه و تحلیل قدرت نفوذ و میزان وابستگی

در این مرحله ماتریس قدرت نفوذ و میزان وابستگی عوامل یا مؤلفه‌ها به صورت **تصویر شماره ۲** استخراج شد و مؤلفه‌ها باتوجه به میزان قدرت نفوذ و میزان وابستگی در ۴ ناحیه شامل ناحیه خودمختار، ناحیه مستقل، ناحیه پیوندی و ناحیه وابسته تقسیم‌بندی شدند.

یافته‌ها

مرحله اول

در مرحله اول برای شناسایی مهم‌ترین مؤلفه‌های خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم از طریق

مصاحبه با خبرگان حوزه سلامت ۱۹ مؤلفه اصلی در قالب **جدول شماره ۱** احصا شد.

مرحله دوم

در مرحله دوم با استفاده از رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری، مؤلفه‌های شناسایی‌شده مورد قضاوت و تحلیل ۱۱ نفر از خبرگان حوزه سلامت قرار گرفتند که در ۶ گام پیوسته در قالب **جدول شماره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ و تصاویر شماره ۱ و ۲** انجام شد و در نهایت مدل شبکه تعاملات مدل‌سازی ساختاری تفسیری و نمودار قدرت نفوذ و وابستگی مؤلفه‌های پژوهش تدوین و ترسیم شد.

در مدل‌سازی ساختاری تفسیری روابط متقابل و تأثیرگذاری بین معیارها و ارتباط معیارهای سطوح مختلف به‌خوبی نشان داده شده است که موجب درک بهتر فضای تصمیم‌گیری به وسیله مدیران می‌شود.

برای تعیین معیارهای کلیدی قدرت نفوذ و وابستگی معیارها در ماتریس دسترسی نهایی تشکیل می‌شود. قدرت نفوذ: تعداد عناصری که عنصر آم بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. میزان وابستگی: تعداد عناصری که بر عنصر آم تأثیر می‌گذارند. متغیرهای خودمختار: این دسته از مؤلفه‌ها نیروی وابستگی و همچنین نیروی نفوذ ضعیفی دارند. مؤلفه‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند، تقریباً به‌صورت جدا از کل سیستم عمل می‌کنند. این مؤلفه‌ها اثر چندانی روی سایر مؤلفه‌ها ندارند. متغیرهای وابسته: نیروی نفوذ ضعیفی دارند، باوجود این از نیروی وابستگی بالاتری نسبت به سایر مؤلفه‌ها برخوردار هستند. متغیرهای پیوندی: نیروی نفوذ و همچنین نیروی وابستگی قدرتمندی دارند. این متغیرها درحقیقت مؤلفه‌هایی هستند که بی‌ثبات‌اند. به این معنا که انجام هرگونه اقدامی درمورد این مؤلفه‌ها علاوه بر اینکه مستقیماً بر سایر مؤلفه‌ها اثر می‌گذارد، می‌تواند در قالب بازخورد از سایر مؤلفه‌ها بر خود مؤلفه نیز اثرگذار باشد. متغیرهای مستقل: نیروی نفوذ قوی دارند، اما نیروی وابستگی آن‌ها ضعیف است که درواقع متغیرهای کلیدی هستند و با ایجاد تغییر در آن‌ها می‌توان بر بقیه متغیرها تأثیر گذاشت [۱۹].

بحث

این پژوهش با هدف شناسایی مهم‌ترین مؤلفه‌های اثرگذار در خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت مبتنی بر بیانیه گام دوم انقلاب انجام شد. به همین جهت ابتدا با انجام مصاحبه با خبرگان پژوهش، ۱۹ مؤلفه و شاخص اصلی شناسایی شدند و برای اولویت‌بندی این عوامل از رویکرد مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شد و مؤلفه‌ها در ۳ سطح طبقه‌بندی شدند که سطوح پایین‌تر، بر روی سطوح بالاتر تأثیرگذاری بیشتری دارند و به همین دلیل تفسیر یافته‌ها نیز براساس اهمیت و سطوح آن‌ها از

جدول ۴. ماتریس انتقال پذیری یا ماتریس دسترسی نهایی

متغیر	مسائل مدیریتی (۱)	منابع انسانی (۲)	فرآیندها و روش‌ها (۳)	سیاست‌های کلان (۴)	نقش تولیتی (۵)	تصدی‌گری (۶)	نقش حمایتی (۷)	خدمات انحصاری (۸)	عوامل اقتصادی (۹)	عوامل اجتماعی (۱۰)	عوامل فناورانه (۱۱)	عوامل سیاسی (۱۲)	اولویت پیشگیری بر درمان (۱۳)	مدیریت منابع سلامت (۱۴)	غنی‌سازی فرهنگی (۱۵)	ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)	بهبود سلامت جامعه (۱۸)	کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)	قدرت نفوذ
مسائل مدیریتی (۱)	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۰
منابع انسانی (۲)	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۸
فرآیندها و روش‌ها (۳)	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۸
سیاست‌های کلان (۴)	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
نقش تولیتی (۵)	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
تصدی‌گری (۶)	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
نقش حمایتی (۷)	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
خدمات انحصاری (۸)	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
عوامل اقتصادی (۹)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
عوامل اجتماعی (۱۰)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
عوامل فناورانه (۱۱)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
عوامل سیاسی (۱۲)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۱
اولویت پیشگیری بر درمان (۱۳)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۷
مدیریت منابع سلامت (۱۴)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۶
غنی‌سازی فرهنگی (۱۵)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۵
ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۴
اصلاح فرآیندها و روش‌ها (۱۷)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۳
بهبود سلامت جامعه (۱۸)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۲
کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱
میزان وابستگی	۱	۲	۲	۱	۵	۵	۵	۵	۴	۴	۴	۴	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	

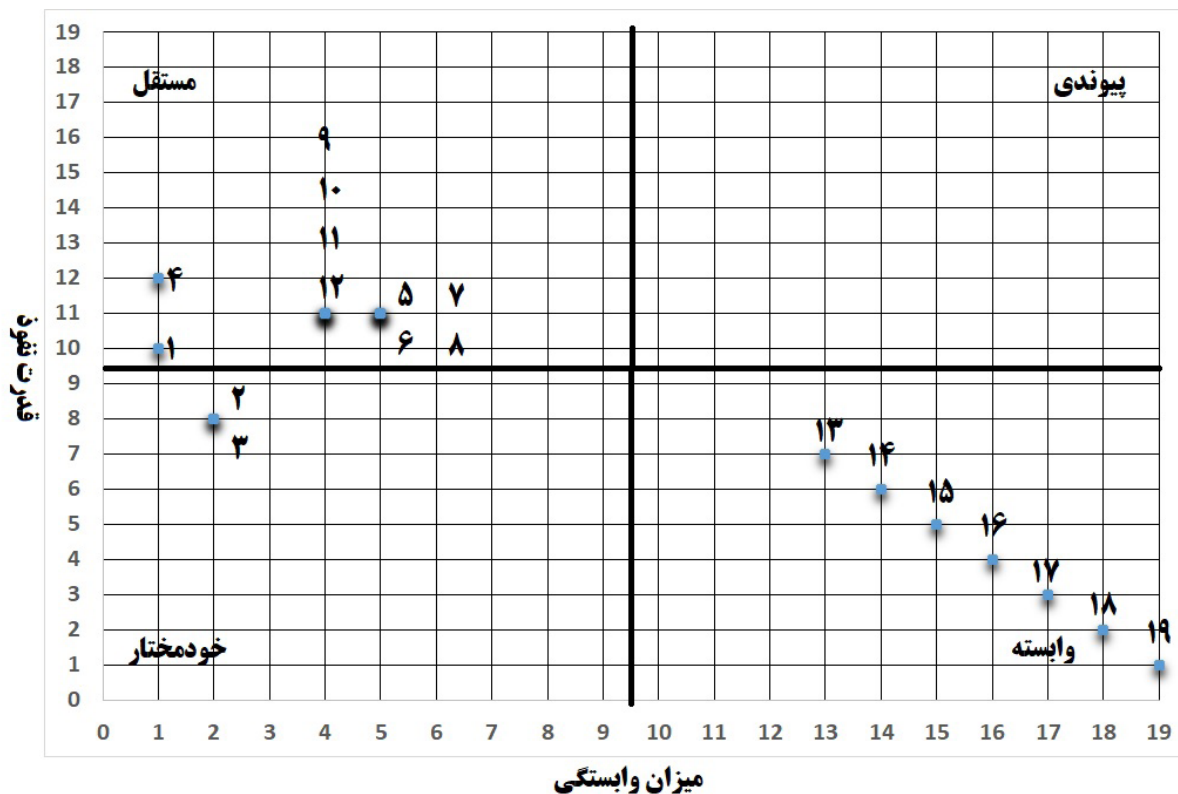
جدول ۵. سطح‌بندی متغیرها براساس مجموعه‌های ورودی، خروجی و اشتراکی

متغیر	ورودی	خروجی	اشتراک
مسائل مدیریتی (۱)	۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱
منابع انسانی (۲)	۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲	۲
فرایندها و روش‌ها (۳)	۳، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲	۳
سیاست‌های کلان (۴)	۴	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴	۴
نقش تولیتی (۵)	۸، ۷، ۶، ۵، ۴	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵	۸، ۷، ۶، ۵
تصدی‌گری (۶)	۸، ۷، ۶، ۵، ۴	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵	۸، ۷، ۶، ۵
نقش حمایتی (۷)	۸، ۷، ۶، ۵، ۴	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵	۸، ۷، ۶، ۵
خدمات انحصاری (۸)	۸، ۷، ۶، ۵، ۴	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵	۸، ۷، ۶، ۵
عوامل اقتصادی (۹)	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹
عوامل اجتماعی (۱۰)	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹
عوامل فناورانه (۱۱)	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹
عوامل سیاسی (۱۲)	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹
اولویت‌پیشگیری بر درمان (۱۳)	۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳	۱۳
مدیریت منابع سلامت (۱۴)	۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴	۱۴
غنی‌سازی فرهنگی (۱۵)	۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵	۱۵
ارتقای سرمایه انسانی سلامت (۱۶)	۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶	۱۶
اصلاح فرایندها و روشها (۱۷)	۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸، ۱۷	۱۷
بهبود سلامت جامعه (۱۸)	۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱	۱۹، ۱۸	۱۸
کارآمدی اقتصادی دانشگاه (۱۹)	۱۹	۱۹	۱۹

می‌توانند توسعه و تدوین خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت را باتوجه‌به شرایط موجود تسهیل و یا با چالش مواجه کنند و عوامل مداخله‌گر نیز شامل عوامل اقتصادی، اجتماعی، فناورانه و سیاسی هستند که این عوامل محیطی کلان، ممکن است تحت کنترل خط‌مشی‌گذاران و برنامه‌ریزان نباشند. به‌عنوان مثال، اقتصاد متکی به نفت یا تحریم‌های اقتصادی و سیاسی، همچنین بی‌ثباتی سیاسی یا ناامنی اجتماعی می‌توانند راهبردهای خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت را با چالش مواجه کنند که در مطالعات کانکا و همکاران [۲۲] به‌عنوان عوامل اجتماعی و اقتصادی مورد توجه قرار گرفته‌اند که در راستای این تحقیق به‌عنوان عوامل محیطی هستند.

در سطح دوم مدل خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت راهبردهای احصاشده از قبیل اولویت‌پیشگیری بر درمان، مدیریت منابع سلامت، غنی‌سازی فرهنگی، ارتقای سرمایه انسانی سلامت و اصلاح

سطح سوم به سطح ۱ مورد بحث قرار می‌گیرند. اولین شاخص‌های شناسایی‌شده در سطح سوم عوامل علی شامل مسائل مدیریتی، منابع انسانی، فرایندها و روش‌ها بود که این عوامل به‌عنوان سنگ زیربنای اصلی، نقشی تأثیرگذار در وضعیت کارآمدی اقتصادی نظام سلامت دارد. مؤلفه مسائل مدیریتی در یافته‌های موسیگا و همکاران [۲۰] به‌عنوان شاخص مهم در ارتقا و اثربخشی خدمات سلامت و همچنین مؤلفه منابع انسانی و فرایندها در یافته‌های امباو و همکاران [۲۱] به‌عنوان یکی از دغدغه‌ها و مسائل مهم سیاست‌گذاران سلامت مورد توجه قرار گرفته و با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. همچنین در سطح سوم مدل خط‌مشی‌گذاری عوامل بسترساز و مداخله‌گر قرار دارند که شاخص‌های زمینه‌ای و بسترساز، شامل سیاست‌های کلان نظام سلامت، نقش تولیتی، نقش تصدی‌گری، نقش حمایتی و خدمات انحصاری هستند که راهبردهای پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درواقع این عوامل



تصویر ۲. نمودار قدرت نفوذ و میزان وابستگی

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

معصومی و همکاران [۲۷] همخوانی دارد. مؤلفه‌های پیامدهای موردانتظار حاصل از اجرای راهبردها، مانند ارتقا و بهبود سلامت جامعه و کارآمدی اقتصادی نظام سلامت و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح اول مدل پژوهش قرار دارند که این شاخص تحت تأثیر عوامل دیگر یعنی سطح ۲ و ۳ مدل خطمشی‌گذاری نظام سلامت قرار گرفته است. پیامدها، منافع است که برای دولت، جامعه و ذی‌نفعان خطمشی‌گذاری ایجاد می‌شود. منافع اقتصادی مانند افزایش درآمدهای اقتصادی نظام سلامت، ایجاد اشتغال و کارآفرینی، افزایش صادرات خدمات سلامت و کاهش اتکا به درآمدهای نفتی جزء مهم‌ترین منافع و انگیزه‌های خطمشی‌گذاری هستند.

باتوجه به نمودار قدرت نفوذ و میزان وابستگی، طبق تصویر شماره ۲ مؤلفه‌های سطح سوم به‌عنوان تأثیرگذارترین شاخص‌ها شناخته شدند و ازجمله عوامل نفوذی با قدرت بالا و مورد توجه هستند. مؤلفه‌های سطح دوم ازجمله عوامل وابسته هستند و بیشتر اثرپذیر و دارای وابستگی بالایی هستند و تأثیر مستقیمی بر متغیر سطح اول یعنی ارتقا و بهبود سلامت جامعه و کارآمدی اقتصادی نظام سلامت دارند و این شاخص به‌عنوان تأثیرپذیرترین عامل و متغیر وابسته تعیین شد.

فرایندها و روش‌ها قرار دارند که به‌عنوان شاخص مهم و تأثیرپذیر از شاخص‌های سطح سوم در جهت اصلاح و بهبود وضعیت موجود با استفاده از رهنمودهای بیانیه گام دوم است. این یافته با یافته‌های تحقیق کلاتر معتمدی [۲۳] مبنی بر توجه به اصل تقدم پیشگیری و بهداشت بر درمان، به‌عنوان یکی از راهبردهای مهم و مؤثر نظام سلامت و از مصادیق بیانیه گام دوم انقلاب و نیز با یافته‌های شیخی چمان و همکاران [۲۴] درباره مسئله لزوم تفکر نظام‌مند و آینده‌نگری با توجه به شرایط کنونی کشور و استفاده از تجربیات موفق کشورها و بومی‌سازی راهبردهای کشورهای موفق در حوزه سلامت همسو است. همچنین با یافته‌های مطالعه احمدی و همکاران [۲۵] با عنوان «سیاست‌های سلامت در بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی» مبنی بر مدیریت صحیح منابع سلامت همسو است. توضیح اینکه برنامه‌های راهبردی یکی از روش‌های کنترل آینده است که مقصد و هدف سازمان را تعیین می‌کند. برنامه‌ریزی راهبردی، جهت‌گیری به سوی دورنمای ترسیم‌شده است. درواقع چراغ راهنما برای سیاست‌گذاری است که در جست‌وجوی روش‌های جدید و مبتنی بر علم و دانش هستند. برنامه‌ریزی راهبردی در راستای خطمشی‌گذاری ارتقای نظام سلامت، اهداف، فعالیت‌ها و تلاش‌های گروهی را تعیین می‌کند و نحوه دستیابی به آن اهداف را طرح ریزی می‌کند [۲۶]. در زمینه راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، مانند فرهنگ‌سازی سلامت، اطلاع‌رسانی عمومی و آموزش سلامت، کیفیت خطمشی، تخصیص منابع، توانمندسازی نیروی انسانی یافته‌های این پژوهش با پژوهش

نتیجه‌گیری

در مدل خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت روابط متقابل و تأثیرگذاری بین مؤلفه‌ها و ارتباط بین مؤلفه‌ها در سطوح مختلف نشان داده شده است. برای تعیین مؤلفه‌های کلیدی و قدرت نفوذ و وابستگی مؤلفه‌ها و قدرت هدایت و وابستگی، نمودار قدرت - وابستگی ترسیم شد که موجب درک بهتر فضای تصمیم‌گیری به‌وسیله سیاست‌گذاران می‌شود که از این طریق رسالت خود را می‌توانند با درک و فهم علمی بهتری انجام دهند. بنابراین توجه به مؤلفه‌های به‌دست‌آمده و استفاده از آن در خط‌مشی‌گذاری‌ها به تحقق اهداف متعالی نظام سلامت کمک می‌کند. ضمن توجه به اینکه عوامل درون‌سازمانی و سپس عوامل استانی، مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار بر وضعیت اقتصادی دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند و می‌توان با اتکا به ظرفیت هیئت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین شورای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها، بسیاری از نقاط ضعف و تهدیدات سلامت را برطرف کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ددر این مطالعه مداخلات انسانی یا حیوانی انجام نگرفته است. بر این اساس، کد اخلاق اخذ نشده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری که در تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۱۴ در شورای پژوهشی **دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه** بررسی و تأیید شده و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Raoofi A, Takian A, Haghighi H, Khanjankhani K, Olyaeemanesh A, Mohammadi E. [Health policies in the statement of the second step of the Islamic revolution (Persian)]. Iran J Cult Health Promot. 2022; 6(3):421-9. [\[Link\]](#)
- [2] Yarahmadi R, Moridi H, Farshad AA, Taheri F. [Weighing and prioritizing the eight principles of integrated health, safety, environment and energy management in industries covered by the ministry of industry, mining and trade (Persian)]. Iran Occup Health. 2020; 17(1):126-35. [\[Link\]](#)
- [3] Janbazi M, Ranjbar M, Mohammadzadeh C. [An overview of the forward-looking health system policy (Persian)]. Clin Exc. 2023; 13(1):98-110. [\[Link\]](#)
- [4] Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. [Sustainable financing strategies for the Iranian health system: A scoping review (Persian)]. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2021; 19(2):137-56. [\[Link\]](#)
- [5] Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. [Comparing the rehabilitation structures in the health systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa (Persian)]. Arch Rehabil. 2023; 24(1):96-113. [\[DOI:10.32598/RJ.24.1.3582.1\]](#)
- [6] Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, Faraji Dizaji S. [Key health financing policies with approach risk-sharing to promote health systems in poor and developing countries; Africa and eastern mediterranean (WHO) regions (Persian)]. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6(2):200-2. [\[DOI:10.30699/acad-pub.ijhehp.6.2.r200\]](#)
- [7] Mohagheghi MA, Alimohammadzadeh K, Sadr SS, Hosseinpour F, Khakian M, Akhlaghdoust M. [Induced demand in the Iranian health system: A review study (Persian)]. Iran J Cult Health Promot. 2022; 5(4):554-66. [\[Link\]](#)
- [8] Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. [Health system governance: A conceptual review (Persian)]. Hakim J. 2021; 24(1):5. [\[Link\]](#)
- [9] Zarei H, Ostvar R, Soltani H. [Designing an operational model for implementing resistance economics in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences (Persian)]. Armaghan-e-Danesh. 2021; 26(1):59-77. [\[DOI:10.52547/armaghanj.26.1.59\]](#)
- [10] Mosadeghrad A, Janababie G, Kalantari B, Abbasi M, Dehnavi H. [Evaluation of efficiency of general hospitals in Iran (Persian)]. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2021; 26(3):151-69. [\[DOI:10.52547/sjku.26.3.151\]](#)
- [11] Fani AA, Ghorbanlo M, Danaei Fard H, Delkhah J. [Designing a framework for choosing a mix of public policy tools (case study: Education) (Persian)]. Public Manage Perspect. 2017; 8(4):41-64. [\[Link\]](#)
- [12] Sheikh Baglo Z, Timuranjad K, Giorian H, Abbaszadeh Sohran Y. [A model of stakeholder participation in public policymaking in the Food and Drug Administration of the Ministry of Health and Medical (Persian)]. Iran J Cult Health Promot. 2021; 4(4):488-98. [\[Link\]](#)
- [13] Mansooriyar S, Shojaei MR, Sadeh E. [Evaluating the internal relations between medical tourism enablers using interpretive structural modeling (ISM) (Persian)]. J Tour Dev. 2017; 6(3):18-38. [\[Link\]](#)
- [14] Mohammadi F, Nematizadeh S, Heydari A, Safarzadeh H. [Online customer experience in health services: An interpretive structural modeling approach (Persian)]. Iran J Health Insur. 2021; 4(1):58-67. [\[Link\]](#)
- [15] Thresh Kumar D, Palaniappan M, Kannan D, Shankar KM. Analyzing the CSR issues behind the supplier selection process using ISM approach. Resour conserv Recycl. 2014; 92:268-78. [\[DOI:10.1016/j.resconrec.2014.02.005\]](#)
- [16] Rezaeiforsheh M, Ziaaddini M, Hosseini pour M. [Interpretive structural modeling of health system financing: Donors participation approach (Persian)]. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2022; 10(1):98-110. [\[Link\]](#)
- [17] khodabakhshi N. [Designing policy model for the promotion of training elite in Iran's educational system (Persian)]. Iran J Public Adm. 2023; 14(49):111-30. [\[DOI:10.30495/ijpa.2023.71910.11060\]](#)
- [18] Poduval P, Pramod VR, Raj VP J. Interpretive structural modeling (ISM) and its application in analyzing factors inhibiting implementation of total productive maintenance (TPM). Int J Qual Reliab Manage. 2015; 32(3):308-31. [\[DOI:10.1108/IJQRM-06-2013-0090\]](#)
- [19] Shahmoradi R, Tadbiri S, Majidi M. [Presenting a structural interpretive model of Islamic social responsibility policy in the health system (Persian)]. Public Policy Adm. 2020; 11(38):1-18. [\[Link\]](#)
- [20] Musiega A, Tsoba B, Nyawira L, Njuguna RG, Munywoki J, Hanson K, et al. Examining the influence of budget execution processes on the efficiency of county health systems in Kenya. Health Policy Plan. 2023; 38(3):351-62. [\[DOI:10.1093/heapol/czac098\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [21] Mbau R, Musiega A, Nyawira L, Tsoba B, Mulwa A, Molyneux S, et al. Analysing the efficiency of health systems: A systematic review of the literature. Appl Health Econ Health Policy. 2023; 21(2):205-24. [\[DOI:10.1007/s40258-022-00785-2\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [22] Konca M, Top M. What predicts the technical efficiency in healthcare systems of OECD countries? A two-stage DEA approach. Int J Healthc Manage. 2023; 16(1):104-19. [\[DOI:10.1080/20479700.2022.2077510\]](#)
- [23] Klantar Motamedi SM. [Implementing a resilient economy in Iran's healthcare system: Adherence to indication and treatment priorities and preventing unnecessary interventions (Persian)]. Iran J Cult Health Promot. 2019; 3(3):267-78. [\[Link\]](#)
- [24] Sheikhy-Chaman M. [The cycle of policy making, management and economics of health system (Persian)]. Manage Strat Health Syst. 2020; 5(3):169-72. [\[DOI:10.18502/mshsj.v5i3.4901\]](#)
- [25] Ahmadi M, Jalali R, Raiszadeh M. [Seven years of experience in the health system transformation plan in Iran: A comparative study and narrative review (Persian)]. J Nurs Manage. 2021; 10(1):119- 29. [\[Link\]](#)

- [26] Du M, Zhang X, Mora L. Strategic planning for smart city development: Assessing spatial inequalities in the basic service provision of metropolitan cities. In: Mora L, Deakin M, Zhang X, Batty M, de Jong M, Santi P, et al, editors. Appio sustainable smart city transitions. London: Routledge; 2022. [DOI:10.4324/9781003205722-6]
- [27] Maesoumi Z, Sanei M, Hematian H. [A model for effective implementation of health policy in Iran (Persian)]. Manage Strat Health Syst. 2019; 4(2):125-35. [DOI:10.18502/mshs.v4i2.1408]