

## طراحی و ارائه الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی (مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد)

سید حسن موسوی<sup>۱</sup>، سراج الدین محبی<sup>۲</sup>، حسن سلطانی<sup>۳</sup>، سهیلا جوکار<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** اهداف بلند و چشم‌انداز همه سیستم‌های اجرایی دستیابی به محیطی امن و سالم به ویژه در نظام سلامت کشور است. سیاست‌گذاری در حوزه سلامت عمومی نقش مهمی در کسب اهداف مهم و بلند مدت در ایجاد محیطی امن و سالم برای کشور دارد. لذا تحقیق حاضر با هدف طراحی و ارائه الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی (مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری) انجام شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع پژوهش‌های کیفی است. جامعه آماری شامل اساتید، و متخصصان سیاست‌گذاری است که در زمینه سیاست‌گذاری و تبیین سیاست‌های نظام سلامت اطلاعات لازم دارند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن قانون اشباع است. لذا تعداد ۱۵ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی پژوهش از تحلیل محتوای کیفی استقرایی استفاده شد. در این طرح مراحل تحلیل داده‌های کیفی گردآوری شده در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شده است.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد ۷۷ مقوله فرعی شناسایی و استخراج شدند که این مقوله‌ها در قالب مقوله‌های اصلی شامل عوامل علی، شرایط زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی دسته‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** سیاست‌گذاری در حوزه سلامت متأثر از فاکتورهایی متفاوتی است که مستلزم مدیریت و تجزیه و تحلیل قبل از اعمال این سیاست‌ها است. سیاست‌گذاری در حوزه سلامت پیامدهایی مانند رضایت عمومی، ارتقا عدالت در حوزه سلامت، افزایش امید به زندگی را به دنبال دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سیاست‌گذاری عمومی؛ سلامت؛ مولفه‌های فرهنگی

**پیام کلیدی:** برای بهبود و ارتقای سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت نیاز به راهبردهایی داریم که هم در سیاست‌گذاری و هم در اجرای آن کمک کننده هستند. در واقع راهبردهایی برای تعیین و اجرای مناسب الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت نیاز است که نقش مولفه‌های فرهنگی را در نظر داشته باشد و در اجرا و عملیاتی نمودن سیاست‌ها به مولفه‌های فرهنگی توجه ویژه‌ای داشته باشند.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۷/۱۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۶/۳۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۵/۱۰

**ارجاع:** موسوی سید حسن، محبی سراج الدین، سلطانی حسن، جوکار سهیلا. طراحی و ارائه الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی (مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد). مدیریت اطلاعات سلامت ۲۲:۱۴۰۴ (۳): ۱۵۱-۱۴۲.

### مقدمه

امروزه سلامت به صورت گسترده‌ای به عنوان نیاز اساسی برای توسعه جوامع در نظر گرفته شده است. بنابراین، تعیین معیارهایی معتبر برای سنجش اثربخشی برنامه‌ها توسط تحلیل گران نظام یا تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران و اینکه چه نظامی برای حوزه سلامت مناسب است الزامی است (۱). نظام سلامت شامل منابع، بازیگران و نهادهایی است که با تأمین مالی، تنظیم مقررات و آرایه فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ترویج، بازگرداندن و حفظ سلامتی است، مرتبط هستند (۲). چالش اصلی تصمیم‌گیری در نظام سلامت این است که تصمیمات در مورد منابع مالی، انسانی یا نحوه ارائه خدمات به طور معمول جداگانه اخذ شده و محتوای آنها با چگونگی ارائه نظام سلامت ایران به دلیل خدمات سلامت در واقعیت تفاوت دارد (۳). وجود کاستی‌های عمده‌ای که در ساختار و عملکرد آن مشهود است، همواره ضرورت تغییرات اساسی را به خود دیده است.

سیاست‌گذاری یکی از کارکردهای تولید نظام سلامت است و شاید چالش‌برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد (۴،۵). حوزه سلامت یکی از خرده نظام‌های مهم در قلمرو موضوعی نظام سیاست‌گذاری عمومی است. یکی از دلایل اهمیت این خرده نظام در تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر سایر خرده نظام‌ها و فراهم آوردن جامعه‌ای سالم و در نتیجه نیروی کار سالم برای ادامه حیات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی کشور است (۶،۷).

۱. دانشجو دکترا، گروه مدیریت، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.

۲. دانشیار، گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳. استادیار، گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۴. استادیار، گروه ریاضی و آمار، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، قشم، ایران.

**نویسنده طرف مکاتبه:** سید حسن موسوی، دانشجو دکترا، گروه مدیریت، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.  
Email: hasan.mousavi641@gmail.com

وجود تعارض در مجموعه سیاست‌گذاری نظام سلامت در ابتدا موجب تداخل امور در اجرا و سردرگمی مخاطبان سیاست‌ها شده و در نهایت، می‌تواند موجب تهدید سلامت جسم و روان شهروندان یک کشور را فراهم آورد (۸۹). تعارضات خط‌مشی به دلیل مشکلات حل‌نشده، کمبود منابع و تنش‌های ایجادشده در ارایه خدمات، اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین، باید اهمیت نسبی انواع مختلف سیاست‌ها را دانست (۱۰).

سیاست‌گذاری‌های سلامت، به ویژه در جوامع در حال گذار، اغلب بر پایه الگوهای غربی محور و جهان‌شمول استوار می‌گردند که بدون در نظرگیری بسترهای فرهنگی-اجتماعی بومی، ناکارآمدی‌های ساختاریک را به بار می‌آورند (۱۱). این ناهماهنگی، ریشه در نادیده گرفتن مولفه‌های فرهنگی به عنوان عوامل تعیین‌کننده در پذیرش، اجرا و پایداری سیاست‌های سلامت دارد. بر اساس دیدگاه‌های نظری معاصر در حوزه سیاست‌گذاری عمومی، همچون چارچوب‌های نهادگرایی تاریخی و رویکردهای فرهنگی-نهادگرایانه، فرهنگ نه تنها به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، بلکه به مثابه یک ساختار بنیادین عمل می‌کند که بر فرآیندهای تصمیم‌گیری، رفتارهای اجتماعی و کارایی مداخلات سیاستی تأثیرگذار است (۱۲، ۱۳). همچنین، وجود تعارض خط‌مشی در نظام سلامت موجب رغبت نداشتن سرمایه‌گذاران بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در این بخش، نارضایتی عموم مردم از دولت، بروز کسری بودجه و نبود درک مشترک از مشکلات سلامت توسط سیاست‌مداران و نبود امکان توسعه و اجرای برنامه‌های سلامت‌محور در کشور خواهد شد (۱۴). تدوین مناسب سیاست‌ها و اجرای درست آن صرفاً مبتنی بر مولفه‌های همکاری و تعامل بین سازمانی نیست و سازه‌های فرهنگی و رفتاری در اثربخشی آن بسیار حائز اهمیت است (۱۵). نظام اداری مسئول اجرای سیاست تدوین شده است و برای اجرای درست آن مولفه‌های فرهنگ سازمانی و رفتار سازمان کارکنان که مجری این سیاست‌ها هستند نقش اساسی ایفا می‌کنند. هنجارهای اجتماعی و فرهنگی در سازمان و ارزش‌های زیربنایی در نظام اداری مبین فرایند اجرای صحیح و یا غلط سیاست‌ها و خط‌مشی‌های سازمانی و کلان کشور است (۱۶). مسئله فرهنگی در همه سیاست‌های عمومی باید مورد توجه ویژه قرار گیرد و این مسئله در حوزه سلامت با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در کشور نقش پررنگ‌تری نیز دارد.

در ایران، به عنوان یک جامعه چندفرهنگی با تنوع قومی، مذهبی و زبانی، سیاست‌های سلامت عمدتاً بر مدل‌های خطی و فنی‌محور تکیه دارند که از چارچوب‌های بین‌المللی همچون اهداف توسعه پایدار سازمان ملل متحد (SDGs) الهام گرفته‌اند. با این حال، شواهد تجربی حاکی از آن است که چنین سیاست‌هایی، بدون ادغام عناصر فرهنگی، با مقاومت‌های پنهان اجتماعی مواجه می‌شوند (۱۷). برای نمونه، برنامه‌های واکسیناسیون یا ترویج رفتارهای بهداشتی، که بدون توجه به باورهای محلی و هنجارهای فرهنگی اجرا می‌گردند، نرخ پذیرش پایینی را تجربه می‌کنند و در نهایت، به نابرابری‌های سلامت دامن می‌زنند (۱۸). این مسئله، در سطح کلان، به تشدید شکاف‌های اجتماعی-فرهنگی منجر شده و کارایی

سیستم‌های سلامت را زیر سوال می‌برد. با این وجود، ادبیات موجود در حوزه سیاست‌گذاری سلامت ایران، عمدتاً بر جنبه‌های اقتصادی و مدیریتی تمرکز دارد و کمتر به بررسی عمیق مولفه‌های فرهنگی، همچون ارزش‌های جمعی، هویت‌های قومی و الگوهای گفت‌وگویی محلی پرداخته است (۱۹، ۲۰). بنابراین وجود فرایند سیاست‌گذاری در حوزه نظام سلامت مبتنی بر الگوها و مولفه‌های فرهنگی بیش از پیش ضروری و حیاتی است که در این تحقیق به این مهم پرداخته شده است. در این راستا تحقیق حاضر با هدف هدف طراحی و ارایه الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری انجام و اجرا شده است.

### روش بررسی

تحقیق حاضر بر اساس ماهیت و روش (چگونگی بدست آوردن داده‌های مورد نیاز)، در زمره تحقیقات کیفی قرار دارد. هدف این پژوهش طراحی و ارایه الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری است. این کار با انجام پژوهش کیفی از نوع نظریه داده بنیاد (گراندد تئوری) که شیوه آن اکتشافی است، انجام شده است. در این تحقیق از طریق بررسی ادبیات و مصاحبه اکتشافی نسبت به شناسایی مولفه‌ها و مقوله‌های الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری از روش برخاسته از داده‌ها و به شیوه تحلیل محتوا (کدگذاری واحد تحلیل، مقوله‌ها و واحد ثبت) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. به صورت خلاصه می‌توان گفت، تحقیق حاضر از نظر نحوه و روش پژوهش، کیفی؛ از نظر رویکرد پژوهش، استقرایی؛ از نظر پارادایم حاکم بر پژوهش، عملگرایی؛ از نظر استراتژی پژوهش، تئوری داده بنیاد و از نظر منبع گردآوری داده‌ها، مصاحبه عمیق می‌باشد. ابزار و روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه از نوع نیمه ساختاریافته بود.

جامعه آماری تحقیق حاضر خبرگان شامل اساتید و متخصصان سیاست‌گذاری در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری هستند که در زمینه سیاست‌گذاری و تبیین سیاست‌های نظام سلامت اطلاعات لازم داشته‌اند که مورد شناسایی قرار گرفته و از نظر آشنایی استفاده شده است. در این تحقیق نمونه‌گیری به روش گلوله برفی انجام شد. مصاحبه‌ها تا اشباع نظری پیش رفتند؛ بدین صورت که از مصاحبه دهم به بعد در مصاحبه‌ها تکرار به وضوح مشاهده شدند و از مصاحبه سیزدهم به بعد اطلاعات دریافتی کاملاً با اطلاعات قبلی همپوشانی داشتند. با این حال، جهت اطمینان از نقطه اشباع نظری، مراحل اجرای مصاحبه‌ها تا نمونه پانزدهم ادامه یافت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق است که از طریق سوال‌های باز و نیمه‌ساخت‌یافته، اطلاعات مورد نیاز از مصاحبه‌شوندگان جمع‌آوری شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری مبتنی بر تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه با خبرگان استفاده شده است. در این پژوهش از رویکرد سیستماتیک منتسب به استراوس و کوربین استفاده شده است. این رویکرد مبتنی بر سه گام اصلی

مقوله‌ها مرتبط شده و مواردی که نیاز به بهبود یا اصلاح داشتند، تعدیل می‌شوند تا روابط در چارچوب یک مدل جامع ارائه شوند.

### یافته‌ها

طی فرایند کدگذاری باز در پژوهش حاضر در مجموع ۱۰۸ کد باز، بدون در نظر گرفتن هم پوشانی‌ها، استخراج شدند در گام بعد ۷۷ کد مفهوم مشترک بر اساس هم پوشانی‌ها و تشابهات حاصل شدند. با توجه به اینکه تحلیل کدگذاری باز طولانی و مستندات آن بسیار حجیم است لذا در جدول ۱ بخشی از نتایج کدگذاری باز ارائه شده است.

جدول ۱: نمونه‌ای از متن مصاحبه و کدهای باز استخراج شده

| کد باز                                   | متن مصاحبه                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| آگاهی دادن افشار مختلف                   | آگاهی دادن افشار مختلف جامعه سالمندان - میان سالان و جوانان در همه اینها در زمینه‌ها                                                                          |
| فرهنگ سازی عمومی بهداشت از طریق رسانه‌ها | فرهنگ عمومی بهداشت و در سال از طریق صدا و سیما و فضای مجازی                                                                                                   |
| اجرایی بودن تصمیمات                      | صراحت، جامعیت، انعطاف پذیری، اجرایی بودن از مهمترین عوامل در تصمیمات کلان است.                                                                                |
| اصالت انگیزه‌های غیر مادی                | خدمتگزاری - تکلیف گرایی - بیمار محوری (مراجین و خدمت گیرندگان در حوزه سلامت) - اصالت انگیزه‌های غیر مادی را میتوان جزو مهمترین معیارهای سیاست‌های کلان دانست. |
| تعداد مراحل تصمیم سازی                   | موانع ناشی از عملکرد افراد - موانع ناشی از عملکرد نهادهای خطمشی گذار - تعداد مراکز تصمیم سازی - موانع ساختاری و مدیریتی                                       |
| موانع ناشی از عملکرد نهادهای خطمشی گذار  | موانع ناشی از عملکرد افراد - موانع ناشی از عملکرد نهادهای خطمشی گذار - تعداد مراکز تصمیم سازی - موانع ساختاری و مدیریتی                                       |
| ارتقا خدمات از نظر کمی و کیفی            | ارتقا خدمات از نظر کمی و کیفی - در دسترس تر شدن عدالت در سلامت                                                                                                |
| تعهد و مسئولیت                           | داشتن علم و تخصص لازم در حوزه بهداشت و سلامت - تعهد و مسئولیت پذیری                                                                                           |
| آشنایی با فرهنگ بومی                     | آشنایی با فرهنگ بومی مناطق ایران و استانهای مختلف کشور                                                                                                        |
| بومی نگری سیاست کلان                     | استفاده از نظریه متخصصان حوزه سلامت و بومی نگری سیاست کلان - هماهنگی لازم دستگاه‌های اجرایی خصوصا دستگاه‌های حوزه سلامت و امنیت غذایی با دانشگاه              |

بخش کدگذاری محوری تلاش شد تا این مقوله‌های فرعی در قالب کدهای محوری دسته‌بندی شوند. این کدهای محوری در واقع یک مفهوم بزرگتر از مولفه‌های فرعی است که مقوله‌های فرعی را که در مبانی و مفهوم و عملکرد تشابه دارند و در یک دسته قرار می‌دهد. نتایج کدگذاری محوری نشان می‌دهد که کدهای باز در قالب ۵ مقوله یا مضمون اصلی دسته بندی شدند. نتایج کلی در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است. در این مرحله، داده‌های مصاحبه‌ها به دقت بررسی و مقوله‌های اصلی و مفاهیم زیرمجموعه تعیین می‌شوند. در گام دوم، مفاهیم با توجه به اشتراکات یا همگنی و معنای مشابه در کنار هم قرار می‌گیرند. این مرحله، کدگذاری محوری نامیده می‌شود؛ جایی که یکی از طبقات به عنوان طبقه محوری انتخاب و به عنوان پدیده محوری در مرکز فرآیند قرار می‌گیرد و ارتباط سایر طبقات با آن مشخص می‌شود. مرحله سوم، یعنی کدگذاری انتخابی، بر اساس یافته‌های کدگذاری محوری و نظریه پردازی اصلی صورت می‌گیرد و مدل سازی انجام می‌شود. در این بخش، مقوله محوری به طور نظام مند با دیگر

پس از انجام کدگذاری باز، مرحله بعدی کدگذاری محوری و سپس کدگذاری انتخابی انجام شده است. نتایج کدگذاری در بخش کدگذاری باز نشان می‌دهد که ۷۷ کد یا مقوله یا مضمون فرعی شناسایی و استخراج شده‌اند. این کدهای مفاهیم و مقوله‌های فرعی الگوی خطمشی گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی است که از متن مصاحبه با خبرگان استخراج شدند. در ادامه و در

جدول ۲: کدهای استخراج شده از فرایند مصاحبه

| مضامین فراگیر (کد انتخابی)                                         | مضامین اصلی (کدهای محوری) | مضامین فرعی (کدهای باز)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الگوی خطمشی گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه های فرهنگی | عوامل علی                 | <p>آشنایی با فرهنگ بومی</p> <p>داشتن علم و تخصص لازم در حوزه بهداشت و سلامت</p> <p>آموزش و یادگیری</p> <p>ایثار و سعه صدر</p> <p>خلاقیت و نو آوری</p> <p>استفاده از سازمانهای مردم نهاد در حوزه سلامت</p> <p>مولفه های ساختاری و مدیریتی</p> <p>تعداد مراکز تصمیم سازی</p> <p>موانع ناشی از عملکرد نهادهای خطمشی گذار</p> <p>موانع ناشی از عملکرد افراد</p> <p>تعهد و مسئولیت پذیری</p> <p>نیاز سنجی واقعی در سطوح تحصیلی</p> <p>نیازسنجی سلامت در بین اقشار مختلف</p> <p>وجود منابع انسانی محرب و با دانش</p> <p>اصلاح قوانین و مقررات دست و پا گیر</p> <p>اخلاق مداری</p> <p>نمودار سنی جمعیت</p> <p>محدودیت های مالی و بودجه سلامت</p> |
|                                                                    | عوامل مداخله گر           | <p>ارتباط و تعامل تنگاتنگ ارگانهای دولتی و محلی</p> <p>داشتن دید خدمت گذاری</p> <p>عبادت انگاری کار</p> <p>خدا مجوری</p> <p>اجرایی بودن تصمیمات</p> <p>انعطاف پذیری</p> <p>جامعیت تصمیم گیری</p> <p>صراحت و صداقت در عمل</p> <p>فرهنگ سازی عمومی بهداشت از طریق رسانه ها</p> <p>اطلاع رسانی به اقشار مختلف</p> <p>بکارگیری نخبگان فرهنگی</p> <p>نظارت و ارزیابی دوره ای</p> <p>اعتقادات و باورهای عموم مردم</p> <p>آداب و رسوم عموم مردم</p>                                                                                                                                                                                              |
|                                                                    | شرایط زمینه ای            | <p>بیمار محوری</p> <p>شناخت آداب و رسوم و فرهنگ های جاری</p> <p>ترویج و ترغیب جشن ها و سنت های بومی و محلی</p> <p>ترویج اهمیت سلامت فردی در زندگی</p> <p>تبلیغات مناسب در فضای مجازی برای ورزش همگانی</p> <p>ترویج فرهنگ ورزش همگانی</p> <p>تقویت فرهنگ احترام به ریش سفیدان</p> <p>تقویت بنیان خانواده</p> <p>تقویت ارزش های فرهنگی و بومی در مدارس</p> <p>تربیت نسل از مدارس پایه</p> <p>استفاده از تجربه متخصصان حوزه سلامت</p> <p>آشنایی با فرهنگ بومی مناطق مختلف ایران</p>                                                                                                                                                          |

## ادامه جدول ۲: کدهای استخراج شده از فرایند مصاحبه

|                                                  |                 |
|--------------------------------------------------|-----------------|
| نقش بخش خصوصی در حوزه سلامت                      |                 |
| اطلاع‌رسانی مدون در فضای مجازی و حقیقی           |                 |
| رویکرد جهادی در مدیریت سلامت                     |                 |
| مطالبه‌گری مردم                                  |                 |
| زیرساخت‌های حمایت‌کننده                          |                 |
| شرایط اقتصادی و مالی جامعه                       |                 |
| <b>پذیرش تولی‌گری به جای تصدی‌گری</b>            |                 |
| تکلیف‌گرایی در انجام وظیفه                       |                 |
| عقلانیت و عدالت محوری در سازمان                  |                 |
| تبادل اطلاعات بین بخشی و فرابخشی در حوزه سلامت   |                 |
| هماهنگی و همکاری دستگاه‌های مرتبط با حوزه سلامت  |                 |
| حمایت از فرهنگ بومی و غنی                        |                 |
| ایجاد انگیزه در بین اقشار مردم                   |                 |
| بومی‌نگری سیاست کلان                             | <b>راهبردها</b> |
| توجه به خرده‌فرهنگ‌ها                            |                 |
| جانشینی پروری و تربیت مدیران آینده               |                 |
| نگاه برابر و عدالت محور به همه مناطق             |                 |
| تدوین برنامه‌های عملیاتی و استراتژیک             |                 |
| مستندسازی تجربیات                                |                 |
| کاهش بروکراسی و تسهیل فرایندها                   |                 |
| رویکرد مردمی و مردمی‌کردن سلامت                  |                 |
| رضایت عمومی مردم و خدکت‌گیرندگان                 |                 |
| در دسترس‌تر شدن عدالت در سلامت                   |                 |
| ارتقا خدمات از نظر کمی و کیفی                    |                 |
| جلب مشارکت همگانی در حوزه سلامت                  |                 |
| ایجاد تعادل و تعامل در سیاست‌های کلان حوزه سلامت |                 |
| کاهش هزینه‌های فردی و اجتماعی                    | <b>پیامدها</b>  |
| افزایش امید به زندگی                             |                 |
| کاهش موازی‌کاری و اتلاف انرژی                    |                 |
| هماهنگی و وحدت رویه در اجرای سیاست‌های کلان      |                 |
| تمرکز اهداف حوزه سلامت                           |                 |
| ارتقا شاخص‌های حوزه سلامت                        |                 |
| کاهش مهاجرت در بین مناطق                         |                 |

نتایج کدگذاری در بخش کدگذاری باز نشان می‌دهد که ۷۷ کد یا مقوله یا مضمون فرعی شناسایی و استخراج شده‌اند. این کدهای مفاهیم و مقوله‌های فرعی الگوی سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی است که از متن مصاحبه با خبرگان استخراج شدند. در ادامه و در بخش کدگذاری محوری تلاش شد تا این مقوله‌های فرعی در قالب کدهای محوری دسته‌بندی شوند. این کدهای محوری در واقع یک مفهوم بزرگتر از مولفه‌های فرعی است که

مقوله‌های فرعی را که در مبانی و مفهوم و عملکرد تشابه دارند و در یک دسته قرار می‌دهد. نتایج کدگذاری محوری نشان می‌دهد که کدهای باز در قالب ۵ مقوله یا مضمون اصلی دسته‌بندی شدند. حاصل تحلیل داده‌ها به صورت کدگذاری به تنهایی معنای خاصی نخواهد داشت و باید در قالب الگو یا سازه نهایی تدوین شود. این الگوی مبتنی بر الگوی پارادایمی است که هدف اصلی تحقیق را پوشش می‌دهد (شکل ۱).



شکل (۱): مدل نهایی الگوی سیاست‌گذاری حوزه سلامت

## بحث

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های این پژوهش، الگویی جامع و چندلایه از عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی را ترسیم می‌کند. از منظر نظری، این یافته‌ها با چارچوب‌های نهادگرایی فرهنگی همخوانی دارد، که بر اساس آن، فرهنگ نه تنها به عنوان یک متغیر خارجی، بلکه به مثابه یک ساختار درونی عمل می‌کند که فرآیندهای سیاست‌گذاری را شکل می‌دهد.

عوامل علی شناسایی‌شده، شامل آشنایی با فرهنگ بومی، داشتن علم و تخصص لازم در حوزه بهداشت و سلامت، آموزش و یادگیری، ایثار و سعه صدر، و خلاقیت و نوآوری، ریشه در ضرورت شایستگی فرهنگی دارند. این عوامل، به عنوان پیش‌درآمدها، بر پذیرش و پایداری سیاست‌های سلامت تأثیرگذارند. برای نمونه، آشنایی با فرهنگ بومی، که به عنوان عامل اصلی برجسته شد، با مفهوم تطبیق فرهنگی در سیاست‌گذاری هم‌راستا است، جایی که سیاست‌های ناهماهنگ با بافت‌های محلی، نرخ شکست بالایی را تجربه می‌کنند. مطالعات مشابهی بر نقش دانش فرهنگی در سیاست‌های سلامت تأکید ورزیده‌اند؛ برای مثال، پژوهش دشمنگیر و همکاران (۲۰۲۳) بر سیاست‌های بهداشتی در استان‌های چندفرهنگی ایران نشان می‌دهد که عدم آگاهی از آداب محلی، تا ۳۵ درصد به کاهش پذیرش برنامه‌های واکسیناسیون منجر می‌شود (۱۹). علاوه بر این، تأکید بر ایثار و سعه صدر، که ریشه در ارزش‌های اخلاقی دارد، با رویکردهای رهبری تحول‌آفرین در سیاست‌گذاری عمومی همخوانی دارد، که خلاقیت را به عنوان اهرمی برای نوآوری فرهنگی ترویج می‌کند. این عوامل، بر خلاف مدل‌های غربی‌محور که بر تخصص فنی تمرکز دارند، بر بعد انسانی و فرهنگی تأکید می‌ورزند و خالاهای موجود در ادبیات سیاست‌گذاری سلامت ایران را پر می‌کنند.

عوامل مداخله‌گر، نظیر ارتباط و تعامل تنگاتنگ ارگان‌های دولتی و محلی، داشتن دید خدمت‌گذاری، عبادت‌انگاری کار، و خدا مجوری، به عنوان میانجی‌ها عمل می‌کنند که می‌توانند فرآیند سیاست‌گذاری را تسهیل یا مختل سازند. این عوامل، بر پایه مفهوم حکمرانی مشارکتی استوارند، که تعاملات بین‌سازمانی را به عنوان کلید موفقیت سیاست‌های سلامت می‌داند. در بستر ایران، جایی که ساختارهای بوروکراتیک اغلب سلسله‌مراتبی هستند، دید خدمت‌گذاری و عبادت‌انگاری کار که از ارزش‌های دینی نشأت می‌گیرند می‌توانند به عنوان عوامل تسهیل‌گر عمل کنند، اما در صورت فقدان، به مقاومت‌های نهادی منجر شوند. شواهد تجربی از دیپلماسی سلامت جهانی در ایران حاکی از آن است که عوامل فرهنگی مانند هویت اسلامی، نقش مداخله‌گری در تعاملات بین‌المللی دارند و می‌توانند سیاست‌های محلی را تقویت کنند. شرایط زمینه‌ای، شامل بیمارمحوری، شناخت آداب و رسوم و فرهنگ‌های جاری، ترویج و ترغیب جشن‌ها و سنت‌های بومی و محلی، و ترویج اهمیت سلامت فردی در زندگی، بسترهای ساختاری را فراهم می‌آورند که سیاست‌گذاری را در چارچوب‌های فرهنگی تثبیت می‌کنند. این شرایط،

با مدل مراقبت بیمارمحور در ادبیات سلامت هم‌راستا است، که بر ادغام هنجارهای فرهنگی برای افزایش اعتماد و پذیرش تأکید دارد (۲۰).

راهبردهای پیشنهادی، همچون پذیرش تولی‌گری به جای تصدی‌گری، تکلیف‌گرایی در انجام وظیفه، عقلانیت و عدالت‌محوری در سازمان، و تبادل اطلاعات بین‌بخشی و فرابخشی در حوزه سلامت، به عنوان مکانیسم‌های عملیاتی، الگو را از مرحله طراحی به اجرا می‌رسانند. این راهبردها، با رویکرد حکمرانی خوب همخوانی دارند، که تولی‌گری را به عنوان جایگزینی برای مداخله مستقیم دولتی ترویج می‌کند. همچنین تبادل اطلاعات فرابخشی می‌تواند چالش‌های سیاست‌های تغذیه سالم را حل کند، جایی که عوامل فرهنگی مانند عادات غذایی محلی نقش کلیدی ایفا می‌کنند. این راهبردها، بر خلاف مدل‌های سنتی، بر عدالت فرهنگی تأکید دارند و می‌توانند به کاهش شکاف‌های منطقه‌ای در دسترسی به خدمات سلامت کمک کنند (۲۱).

پیامدهای الگو، شامل رضایت عمومی مردم و خدمت‌گیرندگان، در دسترس‌تر شدن عدالت در سلامت، و ارتقای خدمات از نظر کمی و کیفی، نشان‌دهنده تأثیرات بلندمدت بر انسجام اجتماعی و توسعه پایدار است. این پیامدها، با اهداف توسعه پایدار سازمان ملل (SDGs)، به ویژه سلامت و رفاه، هم‌راستا هستند و بر نقش فرهنگ در دستیابی به عدالت سلامت تأکید می‌ورزند. این پیامدها می‌توانند به سیاست‌های سالمندی کمک کنند، جایی که عوامل فرهنگی بر ساختارهای حمایتی تأثیرگذارند. به طور کلی، این الگو، با پر کردن خلأهای نظری-کاربردی در سیاست‌گذاری سلامت ایران، بر لزوم ادغام مولفه‌های فرهنگی در فرآیندهای سیاستی تأکید می‌ورزد و می‌تواند به عنوان چارچوبی برای سیاست‌گذاری در حوزه‌های مشابه عمل کند.

## نتیجه‌گیری

این پژوهش، با طراحی و ارائه الگویی نوین برای سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی، به شناسایی عوامل علی (آشنایی با فرهنگ بومی، تخصص، آموزش، ایثار و خلاقیت)، مداخله‌گر (تعامل ارگان‌ها، دید خدمت و ارزش‌های دینی)، زمینه‌ای (بیمارمحوری و ترویج سنت‌ها)، راهبردها (تولی‌گری، تکلیف‌گرایی، عدالت‌محوری و تبادل اطلاعات) و پیامدها (رضایت عمومی، عدالت سلامت و ارتقای خدمات) پرداخت. این الگو، نه تنها خلأهای موجود در ادبیات سیاست‌گذاری ایران را پر می‌کند، بلکه بر پایه شواهد تجربی، چارچوبی عملی برای دستیابی به سیاست‌های پایدار و بومی‌سازی‌شده ارائه می‌دهد.

## پیشنهادهای

از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، الگوی پیشنهادی را در برنامه‌های ملی، همچون طرح تحول سلامت، ادغام نمایند؛ برای مثال، با ایجاد واحدهای فرهنگی-سیاستی برای ترویج تولی‌گری محلی و تبادل اطلاعات فرابخشی. این رویکرد، می‌تواند به کاهش نابرابری‌های سلامت در مناطق چند فرهنگی ایران کمک کند و عدالت را به عنوان یک حق بنیادین تثبیت نماید. برای اجرای موثر الگوی پیشنهادی سیاست‌گذاری

تمرکز بر توانمندسازی حرفه‌ای، رفع نیازهای مادی و معنوی به شیوه‌ای عادلانه، و ترویج ارزش‌های ایثار و خدمت‌گزاری که با مولفه‌های فرهنگی الگو همخوانی دارد، می‌تواند پایداری و کارایی کلی نظام سلامت را ارتقا دهد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله دکتری تخصصی مدیریت برنامه‌ریزی فرهنگی با کد اخلاق ۱۶۳۷۸۰۱۱۸ می‌باشد. از تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی، پیشنهاد می‌شود نقش آفرینی و مسئولیت هر یک از بازیگران نظام سلامت از جمله نهادهای دولتی، بخش خصوصی و سازمان‌های مدنی به طور دقیق تبیین و تخصیص یابد تا هماهنگی در تحقق راهبردهای فرهنگی محور تضمین شود؛ همزمان، ساختار بوروکراتیک نظام سلامت مورد بازبینی ساختاری قرار گیرد و با گذار به مدل‌های افقی و شبکه‌ای، چابکی و انعطاف‌پذیری آن افزایش یابد، در حالی که برنامه اجرایی مدون تدوین و پیشرفت اهداف به صورت دوره‌ای ارزیابی گردد. علاوه بر این، ظرفیت‌های بخش خصوصی و نهادهای مدنی مرتبط با سلامت تقویت شود تا این بازیگران بتوانند با توانمندی بیشتر، عناصر فرهنگی بومی را در پیگیری اهداف سیاستی ادغام نمایند. همچنین نیروی انسانی فعال در بخش سلامت مورد توجه ویژه قرار گیرد، چرا که

### References

- Gunasekaran SS, Ahmad MS, Tang A, Mostafa SA. The Collective Intelligence concept: A literature review from the behavioral and cognitive perspective. In 2016 2nd International Symposium on Agent, Multi-Agent Systems and Robotics (ISAMSR) 2016 Aug 23 (pp. 154-159). IEEE.) .
- McGinnis MD. An introduction to IAD and the language of the Ostrom workshop: a simple guide to a complex framework. Policy studies journal. 2011 Feb;39(1):169-83.
- Shahab S, Clinch JP, O'Neill E. Impact-based planning evaluation: Advancing normative criteria for policy analysis. Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science. 2019 Mar;46(3):534-50.
- Hajipour E, Foruzandeh L, Danaei-Fard H, Fani A. Designing a Pathological Model of Public Policy Implementation in Iran. Military Management Quarterly. 2015;15 (58): 1-23 .
- Ahadzadeh A, Sayyad Shirkosh S, Jamshidi Evanaki M. Identify the factors affecting the implementation of public policies in the Ministry of Energy. Iranian Journal of Public Policy. 2021 May 22;7(1):79-96.
- Strauss A, Corbin J. Fundamentals of qualitative. research: Techniques and stages of grounded theory production. translated by Ebrahim Afshar. Tehran: Nei Publishing. [In Persian]. 2015 .
- Abbasi T, Beygi V. Explaining the Challenges of the Implementation of Public Policies in the Field of Science, Research and Technology. Journal of Science and Technology Policy. 2016 Oct 22;9(3):1-2. <https://doi.org/10.1001.1.20080840.1395.9.3.2.8>
- Krejcie RV, Morgan DW. Table for determining sample size from a given population. Educational and Psychological Measurement. 1970 Sep;30(3):607-10.
- Mazaheri Kalahroodi A, Ramezan M, Givaryan H, Rostamibeshmani M. Designing a Model for the Implementation of Public Health Policies Based on Justice. Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies. 2024 Sep 22;12(47):550-84. doi:10.30507/jmsp.2023.417847.2638
- Kamali Y, Sheikhzadeh Joshani S, Ahmadienezhad F. Implementation of public policies: providing a set of criteria for successful implementation of policies. Iranian Journal of Public Policy. 2020 Aug 22;6(2):253-75..
- Abbasi A, Motazedian R, Mirzaei M. Investigating the barriers to the implementation of public policies in government organizations. Human resource management research. 2016;6(2):127-42.
- Kaykha A, Abbas Pour A. The Relationship Between Organizational Intelligence and Organizational Performance with the Mediation of Creativity (Case Study: University of Tehran). Innovation and Creativity in the Humanities. 2013; 4 (8): 65-87.
- Taghavi SM, Daneshfard K, Mirsepasi N. Designing a stakeholder participation model in the formation of cultural tourism policies (Case study of Tehran). Public Policy In Administration. 2023 May 22;14(49):19-35.
- Rangriz H, Moazeni B. Identifying and prioritizing barriers to the implementation of public policies in government organizations using multi-criteria decision models. Quarterly Journal of Public Policy in Management. 2017;8(28):27-43.
- Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. Health policy and planning. 2008 Mar 1;23(2):150-60 .
- Valle AM. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. Global health action. 2016 Dec 1;9(1):29030. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29030>.
- Shokrehodaei SH, Chenari V, Kiani E, Hesabi AA. Designing a cultural policy-making model based on the participation of middle circles (A study in the Ministry of Culture and Islamic Guidance). Islamic Revolution Research. 2025 Mar 21;14(1):99-131.
- Doshmangir L, Behzadifar M, Shahverdi A, Martini M, Ehsanzadeh SJ, Azari S, Bakhtiari A, Shahabi S, Bragazzi NL, Behzadifar M. Analysis and evolution of health policies in Iran through policy triangle framework during the last thirty years: a systematic review of the historical period from 1994 to 2021. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 2023 May 16;64(1):E107.
- Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: a qualitative study. Nursing and Midwifery Journal. 2020 May 10;18(2):166-79.

20. Alizadeh L, Diyanet. A study of the interaction between government and society during the Islamic Republic of Iran: Policymaking from the perspective of a network society. *Government Studies*. 2025 Jun 22;11(42).
21. Mazaheri Kalahroodi A, Ramezan M, Givaryan H, Rostami Beshmani M. Identification and Accreditation of the Public Health Policy Implementation Model with the Equity Approach. *Public Organizations Management*. 2024 Oct 22;12(4):81-106.

## Designing and Presenting a Model of Public Policymaking in the Field of Health with an Emphasis on Cultural cComponents (Case Study of Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences)

Seyed Hasan Mousavi<sup>1</sup>, Serajodin Mohebi<sup>2</sup>, Hassan Soltani<sup>3</sup>, Soheila Jokar<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The long-term goals and vision of all executive systems are to achieve a safe and healthy environment, especially in the country's health system. Policy-making in the field of public health plays an important role in achieving important and long-term goals in creating a safe and healthy environment for the country. Therefore, the present study was conducted with the aim of designing and presenting a model of public policy-making in the field of health with an emphasis on cultural components (the case study of Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences).

**Methods:** This study is a qualitative research type. The statistical population includes professors and policy-making experts who need information in the field of policy-making and interpretation of health system policies. The sampling method in this study is purposive sampling, taking into account the saturation law. Therefore, 15 people were interviewed. Inductive qualitative content analysis was used to analyze the qualitative data of the study. In this plan, the stages of analyzing the collected qualitative data were carried out in three stages: open coding, axial coding, and selective coding.

**Results:** The results of data analysis show that 77 subcategories were identified and extracted, which were categorized into main categories including causal factors, underlying conditions, intervening factors, strategies, and consequences of the public policy-making model in the health sector with an emphasis on cultural components. **Conclusion:** Policymaking in the field of health is affected by different factors that require management and analysis before implementing these policies.

**Conclusion:** Policy-making in the health sector is affected by different factors that require management and analysis before implementing these policies. Policy-making in the health sector has consequences such as public satisfaction, promoting justice in the health sector, increasing life expectancy, etc.

**Keywords:** Public policy, health, cultural components

Received: 1 Aug; 2025

Accepted: 21 Sep; 2025

Published: 2 Oct; 2025

**Citation:** Mousavi Seyed H, Mohebi S, Soltani H, Jokar S. **Designing and Presenting a Model of Public Policymaking in the Field of Health with an Emphasis on Cultural cComponents (Case Study of Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences)**. *Health Inf Manage* 2025; 22(2): 142-151.

Article resulted from a PhD thesis with No 162780118.

1 PhD Student, Department of Management, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

2 Associate Professor, Department of Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

4. Associate Professor, Department of Mathematics and Statistics, Qe.C. , Islamic Azad University, Qeshm, Iran

Corresponding Author: Seyed Hasan Mousavi, PhD Student, Department of Management, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran Email: hasan.mousavi641@gmail.com