



<https://ecs.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Endowment & Charity Studies

E-ISSN: 3115-7475

Vol.2, Issue.2, No.4, 2024, pp195-216

Received: 08/05/2024

Accepted: 10/09/2024

Research Paper
Investigating and Prioritizing Barriers to Public Participation in the Health System
(Case Study: Association of Benefactors and Employees of Isfahan University of Medical Sciences)

Somayeh Ahmadzadeh * 

Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Management and Innovation, Shahid Ashrafi University, Isfahan, Iran.

s.ahmadzadeh@ashrafi.ac.ir

Hasan Esmailian

Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Management and Innovation, Shahid Ashrafi University, Isfahan, Iran.

sader1368@gmail.com

Jafar Teimori

Master of Management Department, Faculty of Management and Innovation, Shahid Ashrafi University, Isfahan, Iran.
jafarteimori@yahoo.com

Introduction

The field of health as an indicator is the axis and goal of the development of the society and without it, sustainable development will not be possible. In addition, health is a multidimensional concept that is influenced by various factors such as socio-economic environment, physical environment, and lifestyle. Nowadays, providing financial resources is one of the most important concerns of health sector managers. Health services are one of the most expensive services in demand in any society (Banke-Thomas et al., 2021); in such a way that a lot of financial pressure is brought on the government to finance, produce resources, and provide health services. Different studies have pointed out that the financial resources needed by the health sector are provided in different ways such as taxes, social insurance payments, direct payments, and charitable institutions (Carnut et al., 2020; Nekui Moghadam et al., 2012). Health organizations are formed to maintain and promote public health. Therefore, optimal management of the health system will be possible along with social development. This research was investigated at a limited level from the point of view of employees working at Isfahan University of Medical Sciences. Therefore, caution should be taken when generalizing the research results. Another limitation of the research is the cross-sectional nature of the research.

Research Methodology

The current research is a qualitative approach that describes the understanding of pre-reflection experiences (Petrich et al., 2013). As mentioned, the research technique was a semi-structured interview, which was evaluated by two experts to check and validate the questions. The statistical population included employees working at Isfahan University of Medical Sciences, who were selected in two sections. First, in the qualitative section, interviews were conducted with 5 employees to determine what factors are effective on people's participation in the management of the health system. After collecting information, then in the quantitative section, quantitative data was analyzed using the opinions of 30 employees

*Corresponding Author

Ahmadzadeh, S., Esmailian, H., & Teimori, J. (2024). Investigating and prioritizing barriers to public participation in the health system (case study: association of benefactors and employees of Isfahan university of medical sciences). *Journal of Endowment & Charity Studies*, 2(2), 195 -216. <https://doi.org/10.22108/ecs.2024.141387.1108>

3115-7475© The Author(s). Published by University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>).



<https://doi.org/10.22108/ecs.2024.141387.1108>

of Isfahan University of Medical Sciences using the hierarchical process method.

Research Findings

The results of the ranking software showed that the structural barriers to people's participation in the health system, the management challenges of the health system, and the foundational factors affecting the management of the health system are the first to third priorities in the general barriers to public participation with a weight of 0.158, 134%, and 128%, respectively.

Discussion and Conclusion

The issues of health-related issues by celebrities, creating a comprehensive database for charities, lack of knowledge or information about public participation, creating a suitable platform for philanthropic cooperation and active participation in the field of health, respectively with a final weight of 33%, 31%, 30%, 29%, and 28% had priorities from one to five. People's participation is one of the main strategies to ensure, maintain, and promote the health of society in achieving universal health coverage, during which the stakeholders play an influential role in the management process of the health system and in choosing solutions or implementing them. Therefore, it is necessary to remove the barriers to participation so that in this way it is possible to improve the services and as a result, increase the quality and satisfaction of the people, strengthen the relationship between the people and the government, help the efficiency of the services and the possibility of providing services in the deprived areas and strata of the society (Janbazi, 2012).

Keywords

Public Participation, Health Donors, Health System.



مقاله پژوهشی

بررسی و اولویت‌بندی موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت
(مورد مطالعه: مجمع خیرین و کارمندان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

سمیه احمدزاده^{۱*} , حسن اسماعیلیان^۲ و جعفر تیموری^۳

۱. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و نوآوری، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران

s.ahmadzadeh@ashrafi.ac.ir

۲. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و نوآوری، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران

sader1368@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و نوآوری، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران

Jafarteimori@yahoo.com

چکیده

سلامتی حق و مسئولیتی همگانی و محصول مشترک دولت‌ها و ملت‌ها است. در کنار نقش دولت در توسعه سیاست‌های حامی سلامت، مشارکت در مراقبت‌های بهداشتی اصلی کلیدی برای دستیابی به «سلامت برای همه» است. روش‌هایی متفاوت برای انجام این مشارکت آزموده شده است؛ از این رو، برای تصمیم‌گیری بهتر و کاهش خطاهای مدیریتی، موانع مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت بررسی و اولویت‌بندی شدند. در این پژوهش، با استفاده از فرآیند سلسله‌مراتبی و روش اکتشافی، معیارها و زیرمعیارها استخراج شدند و جدول مقایسات زوجی طراحی و بین ۳۰ نفر از کارکنان مجمع خیرین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان توزیع شد. ناسازگاری جداول با استفاده از نرم‌افزار Expert choice مشخص و وزن هر شاخص تعیین شد. نتایج حاصل از نرم‌افزار رتبه‌بندی نشان داد موانع ساختاری مشارکت مردمی در سیستم سلامت، چالش‌های مدیریتی نظام سلامت و عوامل بسترساز مؤثر بر مدیریت نظام سلامت به ترتیب با وزن ۰/۱۵۸، ۱۳۴ و ۱۲۸ درصد اولویت اول تا سوم در موانع کلی مشارکت مردمی هستند. در زیرمعیارها، طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی سلب‌ریتی‌ها، ایجاد بانک اطلاعاتی جامع برای مؤسسات خیریه، فقدان دانش یا اطلاعات درباره مشارکت عمومی، ایجاد بستر مناسب برای همکاری خیرین و مشارکت فعال در حوزه سلامت به ترتیب با وزن نهایی ۳۳، ۳۱، ۳۰، ۲۹ و ۲۸ درصد اولویت‌های یک تا پنج را داشتند. مشارکت مردمی یکی از راهبردهای اصلی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است که طی آن، ذینفعان در فرآیند مدیریت نظام سلامت تأثیرگذار هستند و در انتخاب راهکارها یا اجرای آن‌ها نقش اصلی را ایفا می‌کنند؛ از این رو، لازم است تا موانع مشارکت برطرف شوند تا از این طریق بتوان به بهبود خدمات و در نتیجه، افزایش کیفیت و رضایت مردم، تقویت ارتباط مردم با دولت، کمک به بهره‌وری خدمات و امکان ارائه خدمات در نقاط و اقشار محروم جامعه دست پیدا کرد.

واژه‌های کلیدی: مشارکت مردمی، خیرین سلامت، نظام سلامت.

*نویسنده مسئول

احمدزاده، س.، اسماعیلیان، ح.، و تیموری، ج. (۱۴۰۳). بررسی و اولویت‌بندی موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت (مورد مطالعه: مجمع خیرین و کارمندان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان). مطالعات وقف و امور خیریه، ۲(۲)، ۱۹۵-۲۱۶

<https://doi.org/10.22108/ecs.2024.141387.1108.195>



۱- مقدمه

نظام سلامت به عنوان سیستمی راهبردی برای رسیدگی به چالش‌هایی است که دولت‌ها در ارائه مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت با آن‌ها مواجه هستند. حرکت به سوی مدیریت صحیح این سیستم مستلزم تقویت سیستم‌های بهداشتی و پشتوانه‌های قوی مالی در کشور است. علاوه بر این، برای مدیریت نظام سلامت نیاز است تا در بخش‌های مختلف مانند زیرساخت‌های سیستم سلامت، آموزش و توسعه امکانات مراقبت‌های بهداشتی و سهولت دسترسی سرمایه‌گذاری مدنظر قرار گیرد؛ از این رو، جلب مشارکت و تعهد خیرین، به ویژه در بلندمدت، همواره یکی از چالش‌های اساسی این نظام بوده است (Jaca et al., 2022). به گفته رجبی و همکاران (۱۴۰۱)، مشارکت بیشتر سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش سلامت موجب سهولت دستیابی به اهداف بنیادین نظام سلامت خواهد شد و در ادامه، بر تقویت و بهبود وضعیت سلامت آحاد جامعه نیز مؤثر خواهد بود.

حوزه سلامت به عنوان یک شاخص، محور و هدف توسعه جامعه است و بدون آن توسعه پایدار ممکن نخواهد بود. علاوه بر این، سلامت مفهومی چندبعدی است که تحت تأثیر عواملی مختلف از جمله محیط اجتماعی - اقتصادی، محیط فیزیکی و سبک زندگی قرار می‌گیرد. امروزه، تأمین منابع مالی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مدیران بخش سلامت محسوب می‌شود؛ زیرا خدمات سلامت یکی از پرهزینه‌ترین خدمات مورد تقاضا در هر جامعه است (Banke-Thomas et al., 2021)؛ به نحوی که فشار مالی زیادی به منظور تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به دولت وارد می‌شود. مطالعه‌های مختلف اشاره کرده‌اند که منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت به روش‌هایی مختلف مانند مالیات، پرداخت‌های بیمه اجتماعی، پرداخت‌های مستقیم و مؤسسه‌های خیریه و خیرین تأمین می‌شوند (Carnut et al., 2020)؛ نکویی مقدم و همکاران، (۱۳۹۲). سازمان‌های بهداشتی به منظور حفظ و ارتقای سلامت عمومی تشکیل شده‌اند؛ از این رو، مدیریت بهینه نظام سلامت در کنار توسعه اجتماعی امکان‌پذیر خواهد بود. در بسیاری از کشورها، تقویت نظام سلامت در گرو مشارکت عمومی و تکیه بر ظرفیت‌های اجتماعی است. امروزه، کشورها با چالش‌های پیچیده مراقبت‌های بهداشتی مواجه هستند که ظرفیت و انعطاف‌پذیری سیستم‌های بهداشتی را به چالش می‌کشند؛ بنابراین، تمرکز بر مشارکت جامعه مهم است (Al Siyabi et al., 2021; Mosadeghrad et al., 2019). در همین راستا، مشارکت عمومی نیز زمینه را برای پاسخگویی دولت در حوزه سلامت فراهم می‌کند (Martinez & Kohler, 2016)؛ بر این اساس، تأمین و ارتقای سلامت مستلزم مشارکت تک‌تک افراد جامعه و تمامی بخش‌ها، نهادها و ارگان‌های توسعه‌ای است (Masic, 2018). بخش سلامت به دلیل ماهیت انسان‌دوستانه همواره از کمک خیرین برخوردار بوده است. خیرین سلامت به صورت فردی یا گروهی با مشارکت داوطلبانه در حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم جامعه مشارکت دارند (مصدق‌راد و همکاران، ۱۳۹۸). در نظام سلامت ایران نیز، خیرین در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت فعال دارند (خدادادی و همکاران، ۱۴۰۱). خیرین سلامت ایران از طریق مجمع خیرین سلامت، مؤسسه‌های خیریه سلامت، توزیع مناسب کمک‌های خیرین میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی و برگزاری مراسم هدفمند، منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را جذب و صرف توسعه فضاهای فیزیکی، تأمین تجهیزات و ملزومات، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی - درمانی و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌کنند (مصدق‌راد و احتشامی، ۱۳۹۸).

به گفته نیکجو^۱ و همکاران (2021)، مؤسسه‌های خیریه برای مشارکت بهتر و مؤثرتر در مراقبت‌های بهداشتی به منابع مالی پایدار نیاز دارند و هماهنگی بین آن‌ها و سازمان‌های دولتی باید تقویت شود. در پژوهشی دیگر، دماری و همکاران (۱۳۹۹) استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را مستلزم طراحی و ابلاغ دستورالعمل‌های همکاری بین‌بخشی از جمله شیوه و نحوه مشارکت مردم و بخش خصوصی در تصمیم‌های سلامت بیان کردند؛ اما تا کنون مطالعه‌هایی اندک در زمینه موانع مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت انجام شده‌اند. رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت به یکی از چالش‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام سلامت تبدیل شده است (باصری و علوی، ۱۴۰۱). همچنین، عدم توجه به امور مالی در اجرای طرح‌های نظام سلامت تأمین منابع مالی از طریق افزایش مشارکت‌های مردمی را ضروری می‌کند؛ بر این اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که مهم‌ترین موانع مشارکت مردم در نظام سلامت کدام‌اند؟

۲- ادبیات پژوهش

یکی از عناصر مهم در حکمرانی خوب^۲ افزایش مشارکت‌های مردمی در اداره امور جامعه است و فعالیت‌های خیرخواهانه مردمی در بهداشت و درمان از جمله این عرصه‌ها است (اشراقی و همکاران، ۱۳۹۹). این پژوهش با هدف اولویت‌بندی موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت مشارکتی^۳ مفاهیم اساسی و پژوهش‌های پیشین را بیان می‌کند.

۲-۱- مشارکت مردمی

مشارکت عمومی به عنوان یکی از حقوق اساسی مرتبط با جامعه به فرآیندی اطلاق می‌شود که طی آن افراد مسئولیت موضوعی مشخص را به طور منطقی و آگاهانه به عهده می‌گیرند (اخوان بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۹). در حین مشارکت عمومی، افراد به صورت فردی یا گروهی برای ارضای نیازهای روحی و روانی خود و دیگران تلاش می‌کنند و با توجه به امکانات و محدودیت‌های موجود، برای دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده برای برنامه‌ای مشخص تلاش و همکاری می‌کنند (Al Siyabi et al., 2021).

مشارکت مؤثر مردم در نظام سلامت مستلزم شناسایی و در نظر گرفتن زمینه‌ها و موضوع‌های مناسب و نیز امکانات و شرایط لازم برای دستیابی به مشارکت است (McGuire et al., 2024). فقدان ضرورت‌هایی مانند شناخت کافی از ماهیت مفهوم مشارکت اجتماعی، تعریف نظری و عملیاتی برای آن و چارچوب مناسب در این زمینه، برنامه‌های مشارکتی را با مشکلات اساسی مواجه می‌کند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). شواهد موجود در ایران حاکی از وجود برخی از موانع و چالش‌ها در مسیر دستیابی به مشارکت عمومی در نظام سلامت است. امروزه، خیرین منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را از طریق خیرین سلامت، توزیع مؤسسه‌های خیریه سلامت، توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم هدفمند جذب می‌کنند و در راستای تأمین منابع مالی و کاستن مشکلات مالی فعال هستند (Daniels et al., 2018). مشارکت فرایندی چندجانبه است؛ زیرا می‌تواند دربرگیرنده اشکال گوناگون فعالیت اجتماعی مانند فعالیت سیاسی، فرهنگی و آموزشی باشد و مشروعیت خود را نه فقط از دولت بلکه از

¹ Nikjoo

² Good Governance

³ Collaborative Health System



خاستگاه‌های تاریخی و خودمختاری اجتماعی^۱ (اتحادیه‌های کارگری) نیز می‌گیرد (آخوندزاده، ۱۳۹۳). مشارکت فرایندی چندفرهنگی^۲ است؛ زیرا درصدد است تا همه اجزای فرهنگی و قومی تشکیل‌دهنده جامعه را در بر بگیرد (Kuikel et al., 2023). از منظر جامعه‌شناسی، باید بین مشارکت به عنوان عمل و تعهد (عمل مشارکت) و به عنوان حالت و وضعیت (امر شرکت کردن) تمایز قائل شد. مشارکت در معنای اول، داشتن شرکتی فعالانه در گروه را می‌رساند و به فعالیت اجتماعی انجام‌شده نظر دارد و در معنای دوم، از تعلق گروهی ویژه و داشتن سهمی در هستی آن خبر می‌دهد. در تعریفی دیگر، مشارکت عمومی میزان توانایی شهروندانی است که دیدگاه‌هایی متفاوت را ارائه می‌دهند. همچنین، به میزان اطلاع‌رسانی در تصمیم‌گیری دولتی نیز اشاره دارد. طبق اعلامیه جهانی حقوق بشر، مشارکت عمومی به معنای این است که هر انسان علاوه بر کمک به ایجاد تغییر مثبت در زندگی دیگر انسان‌ها، در تعیین سرنوشت خود نیز مشارکت دارد. مشارکت در درجه اول در ابعاد کوچک محلی در مناطق مختلف اتفاق می‌افتد و سپس، به جمعیت‌های بزرگ‌تر با وسعت بیشتر در سطح کشوری یا جهانی منتقل می‌شود. مشارکت عمومی شامل دیدگاه‌های مردم و همچنین، دیدگاه‌های کارشناسان و پژوهشگران در زمینه‌های مختلف است (Akerboom & Craig, 2022).

۲-۲- پیشینه داخلی

جانبازی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان «مروری بر خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت آینده‌نگر^۳» را انجام دادند. این پژوهش به صورت مروری و با بررسی مقاله‌های بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۳ در پایگاه‌های اطلاعاتی مانند گوگل اسکولار^۴، ساینس دایرکت^۵ و پاب‌مد^۶ با در نظر گرفتن کلیدواژه‌های خط‌مشی‌گذاری، نظام سلامت، آینده‌نگری، خط‌مشی‌گذاری آموزشی و نظام سلامت انجام شد. نتایج نشان داد به‌کارگیری خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت با چشم‌انداز آموزشی در آینده به مدیریت صحیح دانشگاهی در حوزه آموزش و پژوهش در رابطه با اجرای اهداف و راهبردها، توسعه روحیه فعالیت‌های سازمانی، ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، توانمندی فردی و جمعی در ایجاد رفتار آموزشی و غیره منجر می‌شود.

امیرحسینی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان «ارائه الگوی توسعه مشارکت‌های عمومی - خصوصی نظام سلامت از طریق گفت‌وگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی^۷» را انجام دادند. این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از روش فراترکیب و تکنیک دلفی انجام شد. از بین ۶۶ کد اولیه استخراج‌شده به روش فراترکیب، پنل خبرگان به روش دلفی تعداد ۳۶ شاخص نهایی را شناسایی و در قالب ۳ مقوله و ۹ مؤلفه شامل عوامل ایجاد با مؤلفه‌های ساختاری و زمینه‌ای، اقتصادی و مالی، ارتباطی و تعاملی؛ عوامل انتشار با مؤلفه‌های سازمانی و نهادی، حقوقی و قراردادی، آگاه‌سازی و اعتمادسازی و عوامل تأثیر با مؤلفه‌های قانونی و نظارتی، فنی و تخصصی، مقبولیت و اثربخشی دسته‌بندی کردند.

رجبی و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان «ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs)^۸ در نظام سلامت

¹ Social autonomy

² Multiculturalism

³ Future-oriented health system

⁴ Google Scholar

⁵ ScienceDirect

⁶ PubMed

⁷ E Word of mouth

⁸ Non-Governmental Organizations



ایران» را انجام دادند. این پژوهش به روش کیفی و در سه مرحله متوالی بین سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ انجام شد. در مرحله اول، در دو گام مرور متون و اسناد و مصاحبه با ۳۲ نفر از افراد شاغل در وزارت بهداشت، وزارت کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران، انجمن‌های علمی پزشکی و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت، وضعیت موجود مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران بررسی و پس از اجرای دو دور دلفی و رسیدن به توافق جمعی ۷۵ درصد و بیشتر، الگوی نهایی تأیید شد. نتایج پژوهش نشان داد الگوی نهایی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت کشور ایران دارای شش بعد اصلی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی و تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد، تأمین منابع و امکانات، سازمان‌دهی و هماهنگی، مشارکت (اجرا)، کنترل و ارزیابی است.

۳-۲- پیشینه خارجی

دیاز^۱ و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان «بهینه‌سازی ارائه مراقبت در گسترش سیستم‌های بهداشتی: دیدگاه رهبران بالینی» را انجام دادند. این پژوهش از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۳۰ رهبر جراحی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به سیستم‌های بهداشت انجام شد. نتایج نشان داد از دیدگاه رهبران چالش‌هایی برای طراحی مجدد ارائه مراقبت در سراسر سیستم وجود دارد که از محدودیت‌هایی منابع مانند تخت‌های بیمارستانی و اتاق‌های عمل تا تقاضاهای در حال تحول بازار مانند ترجیحات بیمار برای دریافت مراقبت نزدیک به خانه را شامل می‌شوند.

اسمیت^۲ و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان «مراقبت‌های اولیه بهداشتی راهی به سوی پوشش همگانی سلامت» را انجام دادند. این پژوهش بر ارتقای سلامت متمرکز بود. در این پژوهش، چارچوبی بر اساس پنج بعد ارزش شامل بهبود سلامت، پاسخگویی به مراقبت‌های بهداشتی، حفاظت مالی، کارایی و برابری اتخاذ و بر روی رفاه کامل جامعه ترسیم شد.

آرین^۳ و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان «اثرات ابزارهای سیاست تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی بر کارایی سیستم سلامت: شواهدی از جنوب صحرای آفریقا» را انجام دادند. نتایج نشان داد ترتیبات تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی با پیش‌پرداخت، بیمه سلامت اجتماعی، سیستم‌های مراقبت بهداشتی مختلط و تأمین مالی خارجی به طریقی جالب توجه کارایی سیستم سلامت را افزایش می‌دهد. اتکاء به یک منبع واحد برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی به ویژه پرداخت از بخش‌های خصوصی کارایی سیستم سلامت را کاهش می‌دهد.

رضوی^۴ و همکاران (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان «موانع مشارکت عادلانه عمومی در اولویت‌بندی سیستم سلامت در چارچوب تمرکززدایی در بین زنان آسیب‌پذیر در منطقه اوگاندا» را انجام دادند. این پژوهش از طریق مصاحبه با ۱۲ نفر از تصمیم‌گیرندگان منطقه، ۱۰ نفر از رهبران منطقه و ۳۵ زن آسیب‌پذیر ساکن در ناحیه تورورو اوگاندا انجام شد. نتایج نشان داد تمرکززدایی به عنوان فرایندی مطلوب برای ارتقای نظام سلامت و به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از اصلاحات گسترده به منظور ارتقای برابری، کارایی، کیفیت و توجیه اقتصادی شناخته شده است. تمرکز زدایی به معنای انتقال قدرت و اختیار برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری از دولت مرکزی به سازمان‌های محیطی، واحدهای سازمانی محلی، سازمان‌های نیمه‌خودگردان شرکتی، دولت محلی یا سازمان‌های غیردولتی در اشکال مختلف تراکم‌زدایی، تفوض، واگذاری و خصوصی‌سازی است. از

¹ Diaz

² Smith

³ Arhin

⁴ Razavi



سوی دیگر، تولید در نظام‌های سلامت به معنای «مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی مردم» است. جاکا^۱ و همکاران (۲۰۲۲) پژوهشی با عنوان «تقویت نظام سلامت به عنوان یک راهبرد برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در جوامع محروم آفریقا» را انجام دادند. این پژوهش به روش کیفی و در مجموع با بررسی ۳۴ مقاله با معیارهای حمایت مالی، افزایش نیروی کار، بهبود ظرفیت رهبری در تأسیسات بهداشتی و توسعه ارتقای زیرساخت‌های امکانات مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد. نتایج نشان داد تقویت سیستم سلامت از طریق تأمین مالی سلامت، توسعه و بهبود زیرساخت‌های بهداشتی، می‌تواند نقشی مهم در رسیدن به پوشش همگانی سلامت در آفریقا ایفا کند.

۳- روش پژوهش

پایه هر مطالعه روش شناخت آن است و اعتبار و ارزش قوانین هر علمی به روش‌شناختی مبتنی است که در آن علم به کار می‌رود. روش پژوهش مجموعه‌ای از قواعد، ابزار و راه‌های معتبر و نظام‌یافته برای بررسی واقعیت‌ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه‌حل مشکلات است؛ به طوری که انتخاب روش پژوهش یکی از مهم‌ترین و فنی‌ترین مراحل است که در طی آن، پژوهشگر باید با حساسیت ویژه ابزاری مناسب را برای گردآوری داده‌ها طراحی و با انتخاب نمونه آماری، داده‌های نگرشی و جمعیت‌شناختی مورد نیاز را جمع‌آوری کند. با توجه به ماهیت موضوع باید از روشی توانمند و منعطف به نام تحلیل سلسله مراتب‌آی که در دسته روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره است بهره برد تا بتوان به وسیله آن موضوع‌های پیچیده را در سطوح مختلف حل کرد. این مدل به صورت مدلی درختی داده‌ها را تحلیل می‌کند.

۳-۱- نوع مطالعه

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی انجام شده است و سعی دارد تا بیانی توصیفی از درک تجربه‌های مخاطبان پژوهش ارائه دهد (Petrich et al., 2013). فن و تکنیک پژوهش، همان‌طور که بیان شد، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که برای بررسی و اعتبار پرسش‌ها توسط دو تن از متخصصان ارزیابی شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و با برقراری ارتباطی دوستانه و اعتمادبرانگیز در راستای همکاری با پژوهش و بیانی مختصر از اهداف و روند پژوهش و همچنین، بیان نکاتی در رابطه با محرمانه بودن و آزادی در انصراف از مشارکت شروع شدند. برای درج مصاحبه‌ها، همه مکالمات انجام‌شده به صورت صوتی ضبط و تمامی داده‌ها برای تحلیل و بررسی مکتوب شدند.

در این مطالعه، برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش مبتنی بر هدف استفاده شد. مشارکت‌کنندگان شامل کارکنانی بودند که دست‌کم سابقه ۵ سال کار در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را داشتند و مایل به شرکت در مصاحبه و همچنین در اختیار گذاشتن تجربه‌ها و اطلاعات خود بودند. نمونه‌گیری تا رسیدن اطلاعات به اشباع نظری و تکراری شدن داده‌ها ادامه پیدا کرد. در این مطالعه، به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبه‌های عمیق و یادداشت‌برداری استفاده شد. مراحل انجام مصاحبه‌ها با توجه به تمایل هر یک از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شدند. مصاحبه با تعدادی پرسش باز و کلی شروع شد و در صورت ابهام پرسش‌ها، پرسش‌هایی برای رفع ابهام پرسیده شدند. مفاد اصلی و فرعی تحلیل داده‌ها با روش هفت‌مرحله‌ای کولایزی^۳ (Edward & Welch, 2011) بررسی شد؛ به این طریق که مصاحبه‌ها پس از ضبط به نوشتار تبدیل شدند و پژوهشگران متن مصاحبه‌ها را به

^۱ Jaca

^۲ AHP

^۳ Colaizzi



طور مکرر بازخوانی کردند و سپس، به آن‌ها برچسب زدند. پس از آن، پژوهشگران مضامین مدنظر را خوشه‌بندی کردند و از طریق مقایسه تفاوت‌ها و شباهت‌ها، توانستند مضامین اصلی را استخراج کنند.



نمودار ۱. روش هفت‌مرحله‌ای (Edward & Welch, 2011)

Diagram 1. Seventh step method (Edward & Welch, 2011)

۳-۲- جامعه آماری

جامعه آماری شامل کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود که در دو بخش انتخاب شدند. ابتدا، در بخش کیفی، با ۵ نفر از کارکنان مصاحبه شد تا مشخص شود چه عواملی بر مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت مؤثر هستند. سپس در بخش کمی، پس از جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از نظرات ۳۰ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با استفاده از روش فرآیند سلسله‌مراتبی داده‌های کمی تجزیه و تحلیل شد.

۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به نظر قهرمانی^۱ (2024) که اظهار داشت کمترین حجم نمونه در این روش بین ۵ تا ۳۰ نفر است، در این پژوهش، ۳۰ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند است.

¹ Ghahramani



۴-۳- روش جمع‌آوری داده‌ها

در این پژوهش، از دو دسته اطلاعات اولیه و ثانویه برای دستیابی به هدف استفاده شده است. به منظور طراحی ساختار سلسله‌مراتبی^۱ روش‌های مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت، کلیه عوامل که از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده بودند بررسی و با استفاده از نظرات خبرگان دانشگاهی، عوامل مؤثر انتخاب شدند. در نهایت، ساختار سلسله‌مراتبی مربوط به دست آمد. موانع مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت در این حوزه در ۸ عامل (معیار) دسته‌بندی شده‌اند که بر اساس آن، ۴۴ زیرمعیار نیز مشخص شدند. سپس، پرسشنامه فرایند سلسله‌مراتبی طراحی شد. برای طراحی پرسشنامه از طیف ۹ درجه ساعتی استفاده شد. پس از انجام مقایسات زوجی توسط افراد منتخب و دریافت پرسشنامه‌ها، مراحل فرایند سلسله‌مراتبی برای تعیین وزن و اهمیت عوامل مؤثر بر مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت استخراج و نتایج بیان شد.

۵-۳- روایی و پایایی

پرسشنامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش است که دقت در تهیه و تحلیل آن جنبه‌ای مهم از روش پژوهش را تشکیل می‌دهد که به عنوان روایی و پایایی شناخته می‌شود. منظور از روایی این است که ابزار اندازه‌گیری تا چه میزان می‌تواند متغیر مدنظر را اندازه‌گیری کند نه تغییری دیگر را. به تعبیر دیگر، اگر ابزار اندازه‌گیری از لحاظ متغیر مدنظر دارای روایی کافی نباشد، نتایج پژوهش ارزشی نخواهد داشت. برای اندازه‌گیری روایی محتوایی، پرسشنامه که شامل عوامل مؤثر بر مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت است، از طریق روش دلفی در میان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان توزیع شد و نظر آن‌ها درباره عوامل مربوط اخذ و به کار گرفته شد. همچنین، با استاد راهنما نیز مشورت و نظرات ایشان نیز به منظور اصلاح پرسشنامه برای برآورده کردن روایی محتوایی نیز در نظر گرفته شد. در جدول ۱ نتایج آزمون دلفی نشان داده شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون دلفی

Table 1. Delphi test results

مفاهیم و مقوله‌ها			آزمون دلفی	
معیار	زیرمعیار	راند اول	راند دوم	راند سوم
حق شهروندی و مشتری‌مداری	پاسخ مسئولان به شکایت‌های مردم از عملکرد نظام سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۸۱۸	۴/۰۰۰	۴/۰۰۰
	ارائه مراقبت‌های اجتماعی برای بزرگسالان تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵
تخصیص منابع مالی و انسانی برای مشارکت خیرین در نظام سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	میزان اعتماد مؤسسه‌های خیریه به کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت در جلسه‌های دانشگاه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵
	ارتباط مناسب بین متولیان نظام سلامت و مؤسسه‌های خیریه و داوطلبانه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۲۷۳	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
ارتباط مناسب بین کادر درمان و بیماران تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	ارائه راهنما برای انتخاب پیمانکار واجد شرایط در پروژه ساختمانی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۷۲۷	۳/۷۲۷	۳/۷۲۷
	ارتباط مناسب بین کادر درمان و بیماران تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵

¹ Hierarchical structure



عوامل اجتماعی و اقتصادی	واکنش نظام سلامت به شرایط اضطراری و بلایا (کووید ۱۹) تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۳۶۴	۴/۴۵۵	۴/۴۵۵
	استفاده از کانال‌های مختلف برای اطلاع‌رسانی به مردم تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۳۶۴	۴/۴۵۵	۴/۴۵۵
سازمان‌های مردم‌نهاد	تشویق مردم به مشارکت در امور نوع‌دوستانه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵
	جذب کمک‌های مالی مردم در بیماری‌های خاص تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۲۷۳	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
عوامل مدیریتی و سازمانی	ترویج فرهنگ مشارکت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۷۲۷	۴/۷۲۷
	مشارکت فعال در حوزه سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۲۷۳	۳/۲۷۳
عوامل مدیریتی و سازمانی	توجه به سلامت روان‌شناختی مردم تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۹۰۹	۴/۲۷۳	۴/۲۷۳
	دسترسی اقشار متوسط و پایین جامعه به خدمات تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
عوامل مدیریتی و سازمانی	بهبود مستمر کیفیت فناوری‌های خدمات سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
	تعیین راه‌های ارتباطی بین سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های دولتی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
عوامل مدیریتی و سازمانی	رعایت اصول دموکراسی در سطح جامعه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۴۵۵	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵
	طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی افراد صاحب‌نفوذ و مشهور (سلبریتی‌ها) تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵
عوامل مدیریتی و سازمانی	ایجاد بانک اطلاعاتی جامع برای مؤسسه‌های خیریه و داوطلبان تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۸۱۸	۴/۸۱۸	۴/۸۱۸
	ایجاد بستر مناسب برای همکاری خیرین تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۳۶۴	۴/۳۶۴	۴/۳۶۴
عوامل مدیریتی و سازمانی	فقدان دانش یا اطلاعات درباره مشارکت عمومی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۳۶۴	۴/۲۷۳	۴/۲۷۳
	عدم وجود بازخورد و نیازهای رقابتی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۱۸۲	۳/۱۸۲	۳/۱۸۲
عوامل مدیریتی و سازمانی	عدم وجود قدرت تصمیم‌گیری تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۳۶۴	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵
	فقدان انگیزه در میان مؤسسه‌های خیریه و داوطلبان تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۲/۹۰۹	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰
عوامل مدیریتی و سازمانی	مشکلات مرتبط با دولت و خیرین سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۰۰۰	۳/۰۹۱	۳/۰۹۱
	مشکلات مرتبط با جامعه و خیرین سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۱۸۲	۳/۱۸۲	۳/۱۸۲
چالش‌های مدیریت نظام سلامت	کاهش مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
	توجه ناکافی به عدالت‌محوری فعالیت‌های خیرین سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
چالش‌های مدیریت نظام سلامت	فقدان نظام پایش ارزشیابی و پاسخگویی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۸۱۸	۴/۳۶۴	۴/۷۲۷
	عدم وجود دستورالعمل متناسب برای فعالیت‌ها و مشارکت خیرین تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
چالش‌های مدیریت نظام سلامت	عدم وجود نیروی فنی مهندسی مرتبط با پروژه ساختمانی در تیم کاری خیرین تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۶۳۶	۳/۶۳۶	۳/۶۳۶
	تورم بسیار زیاد و ناگهانی در بحث اقتصادی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
پیامدهای مدیریت نظام سلامت	عدم وجود بار حقوقی تفاهم‌نامه‌های مشارکتی با خیرین تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴	۳/۳۶۴
	عدم تطابق خواسته خیرین با قوانین بالادستی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
پیامدهای مدیریت نظام سلامت	عدم تأمین مالی به‌موقع توسط مدیران از خیرین در تفاهم‌نامه‌های مشارکتی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
	نارضایتی پزشکان و مراکز درمانی از طرح سازمان نظام سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۸۱۸	۳/۸۱۸	۳/۸۱۸

نارضایتی مردم از طرح نظام سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶
توجه به مطالبات عمومی در طرح‌های مشارکتی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۴۵۵	۴/۴۵۵	۴/۴۵۵
نظارت و ارزیابی فرآیند مشارکت عمومی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵	۳/۵۴۵
ارائه اطلاعاتی بهداشتی در اماکن عمومی تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۳/۶۳۶	۳/۶۳۶	۳/۶۳۶
گسترش پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵	۴/۵۴۵
ارتقای سطح سواد سلامت در جامعه تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۵۴۵
پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت مردم در نظام سلامت تا چه اندازه به مشارکت عمومی منجر می‌شود؟	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶	۴/۶۳۶

۴- یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر، با مطالعه‌های کتابخانه‌ای و مصاحبه‌های انجام‌شده، معیارهای اصلی در جدول ۲ استخراج شدند.

جدول ۲. مقوله‌ها و مفاهیم

Table 2. Categories and concepts

معیار	زیر معیار
حق شهروندی و مشتری‌مداری	پاسخ مسئولان به شکایت‌های مردم از عملکرد نظام سلامت
	ارائه مراقبت‌های اجتماعی برای بزرگسالان
	میزان اعتماد مؤسسه‌های خیریه به کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت در جلسه‌های دانشگاه
	تخصیص منابع مالی و انسانی برای مشارکت خیرین در نظام سلامت
	ارتباط مناسب بین متولیان نظام سلامت و مؤسسه‌های خیریه و داوطلبان
	ارائه راهنما برای انتخاب پیمانکار واجد شرایط در پروژه ساختمانی
عوامل اجتماعی و اقتصادی	ارتباط مناسب بین کادر درمان و بیماران
	واکنش نظام سلامت به شرایط اضطراری و بلایا (کوید ۱۹)
	استفاده از کانال‌های مختلف برای اطلاع‌رسانی به مردم
	تشویق مردم به مشارکت در امور نوع‌دوستانه
	جذب کمک‌های مالی مردم در بیماری‌های خاص
	ترویج فرهنگ مشارکت
سازمان‌های مردم‌نهاد	مشارکت فعال در حوزه سلامت
	توجه به سلامت روان‌شناختی مردم
	دسترسی اقشار متوسط و پایین جامعه به خدمات
	بهبود مستمر کیفیت فناوری‌های خدمات سلامت
	تعیین راه‌های ارتباطی بین سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های دولتی
	رعایت اصول دموکراسی در سطح جامعه
عوامل مدیریتی و سازمانی	طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی افراد صاحب‌نفوذ و مشهور (سلبریتی‌ها)
	ایجاد بانک اطلاعاتی جامع برای مؤسسه‌های خیریه و داوطلبان
	ایجاد بستر مناسب برای همکاری خیرین
	فقدان دانش یا اطلاعات درباره مشارکت عمومی
	عدم وجود بازخورد و نیازهای رقابتی
	عدم وجود قدرت تصمیم‌گیری
موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت	فقدان انگیزه در میان مؤسسه‌های خیریه و داوطلبان
	مشکلات مرتبط با دولت و خیرین سلامت
	مشکلات مرتبط با جامعه و خیرین سلامت
	کاهش مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد
	توجه ناکافی به عدالت‌محوری فعالیت‌های خیرین سلامت
	فقدان نظام پایش ارزشیابی و پاسخگویی
چالش‌های مدیریت نظام سلامت	عدم وجود دستورالعمل متناسب برای فعالیت‌ها و مشارکت خیرین

عدم وجود نیروی فنی مهندسی مرتبط با پروژه ساختمانی در تیم کاری خیرین	پیامدهای مشارکت مردمی در نظام سلامت
تورم بسیار زیاد و ناگهانی در بحث اقتصادی	
عدم وجود بار حقوقی تفاهم‌نامه‌های مشارکتی با خیرین	
عدم تطابق خواسته خیرین با قوانین بالادستی	
عدم تأمین مالی به‌موقع توسط مدیران از خیرین در تفاهم‌نامه‌های مشارکتی	
نارضایتی پزشکان و مراکز درمانی از طرح سازمان نظام سلامت	عوامل بستر ساز مشارکت مردمی در نظام سلامت
نارضایتی مردم از طرح نظام سلامت	
توجه به مطالبات عمومی در طرح‌های مشارکتی	
نظارت و ارزیابی فرآیند مشارکت عمومی	
ارائه اطلاعاتی بهداشتی در اماکن عمومی	
گسترش پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه	
ارتقای سطح سواد سلامت در جامعه	
پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت مردم در نظام سلامت	

مقایسات زوجی توسط ۳۰ خبره روی این عوامل در جدول ۳ نشان داد شاخص موانع مشارکت عمومی در سیستم سلامت بیشترین اهمیت را دارا است و عوامل پژوهشی مؤثر بر مدیریت نظام سلامت کمترین اهمیت را دارند.

جدول ۳. ماتریس مقایسه زوجی نهایی عوامل اصلی

Table 3. The final pairwise comparison matrix of the main factors

عوامل اصلی	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	وزن عامل
H1		۱/۳۶	۱/۰۵	۱/۲۶	۲/۱۹	۱/۳۷	۱/۵۰	۱/۱۰	۰/۱۱۸
H2			۱/۰۵	۱/۵۷	۲/۱۹	۲/۱۲	۲/۷۷	۱/۰۴	۰/۱۲۱
H3				۲/۶۱	۱/۵۶	۱/۲۰	۱/۰۷	۲/۲۳	۰/۱۲۴
H4					۱/۳۳	۱/۱۵	۱/۲۲	۲/۵۲	۰/۱۱۶
H5						۱/۴۶	۱/۶۷	۱/۰۸	۰/۱۵۸
H6							۲/۵۶	۱/۱۷	۰/۱۳۴
H7								۱/۲۷	۰/۱۰۱
H8									۰/۱۲۸
قابل قبول $CR=0.09 < 0.1$									

میزان اعتماد مؤسسه‌های خیریه به کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت در جلسه‌های دانشگاه بیشترین و تخصیص منابع مالی و انسانی برای مشارکت خیرین در نظام سلامت کمترین اهمیت را دارد.

جدول ۴. ماتریس مقایسه زوجی نهایی معیارهای حق شهروندی و مشتری‌مداری

Table 4. The final pairwise comparison matrix of citizenship right and customer orientation criteria

معیارهای حق شهروندی و مشتری‌مداری	P1	P2	P3	P4	P5	P6	وزن معیار
P1		۱/۶۳	۱/۸۷	۱/۰۵	۱/۱۱	۱/۰۴	۰/۱۶۰
P2			۲/۲۱	۱/۶۴	۲/۱۱	۱/۲۵	۰/۱۵۸
P3				۱/۵۴	۱/۴۹	۱/۱۴	۰/۱۸۴
P4					۱/۷۳	۱/۶۵	۰/۱۶۷
P5						۱/۹۲	۰/۱۷۸



P6	۰/۱۵۴
قابل قبول $CR=0/09<0/1$	

شاخص ترویج فرهنگ مشارکت بیشترین و استفاده از کانال‌های مختلف برای اطلاع‌رسانی به مردم کمترین اهمیت را دارد.

جدول ۵. ماتریس مقایسه زوجی نهایی معیارهای عوامل اجتماعی و اقتصادی

Table 5. The final pairwise comparison matrix of social and economic factors criteria

وزن معیار	P7	P8	P9	P10	P11	P12
P7		۱/۳۸	۱/۰۴	۱/۷۱	۲/۲۹	۱/۸۲
P8			۱/۲۹	۱/۵۲	۱/۷۱	۲/۳۸
P9				۱/۲۰	۱/۸۱	۱/۳۴
P10					۱/۳۵	۱/۳۳
P11						۱/۶۰
P12						
قابل قبول $CR=0/08<0/1$						

همچنین، شاخص تعیین راه‌های ارتباطی بین سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های دولتی بیشترین و دسترسی اقشار متوسط و پایین جامعه به خدمات کمترین اهمیت را دارد.

جدول ۶. ماتریس مقایسه زوجی نهایی معیارهای سازمان‌های مردم‌نهاد

Table 6. The final pairwise comparison matrix of the criteria of non-governmental organizations

وزن معیار	P13	P14	P15	P16	P17
P13		۱/۶۱	۱/۰۸	۱/۲۱	۱/۱۰
P14			۱/۷۴	۱/۰۶	۱/۱۹
P15				۱/۰۲	۱/۶۰
P16					۱/۱۶
P17					
قابل قبول $CR=0/02<0/1$					

شاخص طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی افراد صاحب‌نفوذ و مشهور (سلبریتی‌ها) بیشترین و ایجاد بستر مناسب برای همکاری خیرین کمترین اهمیت را دارد.

جدول ۷. ماتریس مقایسه زوجی نهایی معیارهای عوامل مدیریتی و سازمانی

Table 7. The final pairwise comparison matrix of managerial and organizational factors criteria

وزن معیار	P18	P19	P20	P21
P18		۱/۱۸	۱/۱۱	۱/۵۸
P19			۱/۵۷	۱/۰۹



P20	۱/۷۳	۰/۲۶۷
P21		۰/۲۴۹
قابل قبول $CR=0/05 < 0/1$		

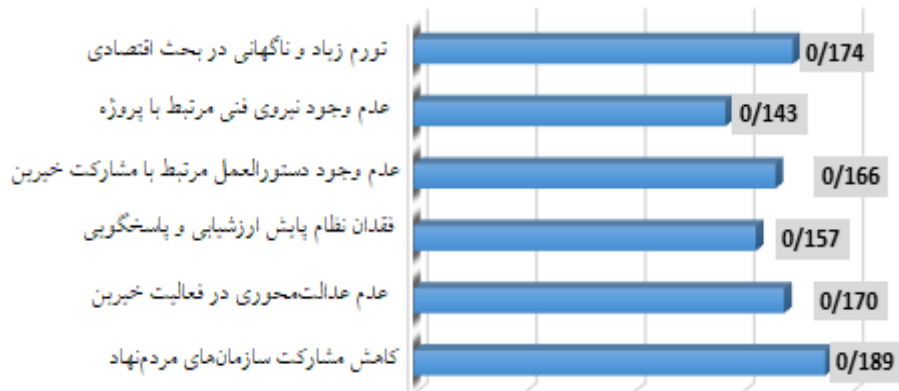
شاخص فقدان دانش یا اطلاعات درباره مشارکت عمومی بیشترین و فقدان انگیزه در میان مؤسسه‌های خیریه و داوطلبانه کمترین اهمیت را دارد.

جدول ۸. ماتریس مقایسه زوجی نهایی معیارهای موانع مشارکت عمومی در سیستم سلامت

Table 8. The final pairwise comparison matrix of barriers to public participation in the health system

وزن معیار	P22	P23	P24	P25	P26	P27	معیارهای موانع مشارکت عمومی در سیستم سلامت
P22		۱/۸۰	۲/۳۱	۱/۰۲	۱/۴۱	۱/۰۴	۰/۱۹۷
P23			۱/۵۸	۱/۰۹	۱/۵۹	۱/۹۹	۰/۱۷۰
P24				۱/۹۸	۱/۱۴	۱/۰۰	۰/۱۴۸
P25					۱/۹۵	۱/۰۲	۰/۱۶۴
P26						۱/۷۴	۰/۱۶۲
P27							۰/۱۵۸
قابل قبول $CR=0.08 < 0.1$							

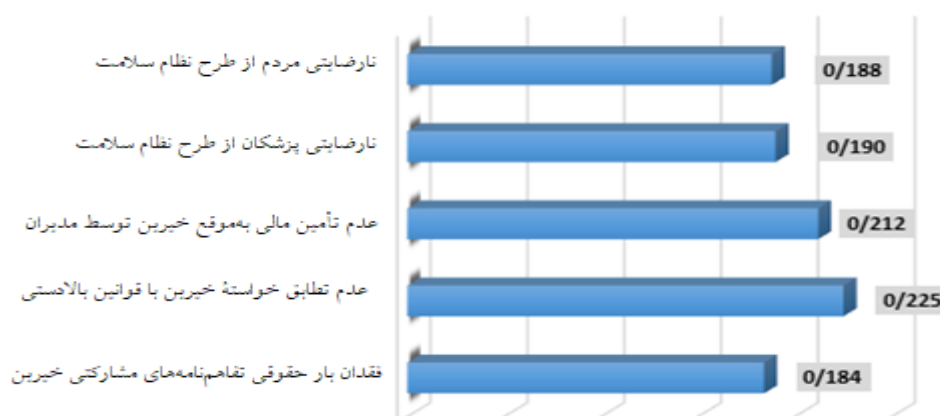
وزن نسبی معیارهای چالش‌های مدیریت نظام سلامت نیز در نمودار ۱ گزارش شده است.



نمودار ۱. وزن نسبی معیارهای چالش‌های مدیریت نظام سلامت

Diagram 1. The relative weight of the criteria of health system management challenges

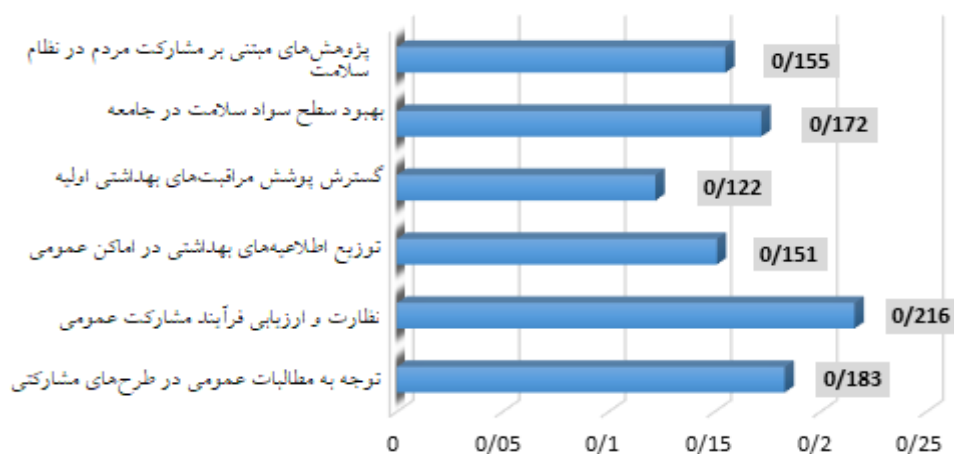
نرخ ناسازگاری مقایسات زوجی معیارهای پیامدهای مدیریت نظام سلامت ۰/۰۲ به دست آمده است که از آنجا که کمتر از ۰/۱ است، سازگاری قابل قبولی دارد که در نمودار ۲ گزارش شد.



نمودار ۲. وزن نسبی معیارهای پیامدهای مدیریت نظام سلامت

Diagram 2. The relative weight of health system management outcomes criteria

نرخ ناسازگاری مقایسات زوجی معیارهای عوامل پژوهشی مؤثر بر مدیریت نظام سلامت ۰/۰۸ به دست آمده است که از آنجا که کمتر از ۰/۱ است، سازگاری قابل قبولی دارد که در نمودار ۳ گزارش شد.



نمودار ۳. وزن نسبی معیارهای عوامل پژوهشی مؤثر بر مدیریت نظام سلامت

Diagram 3. The relative weight of the criteria of research factors affecting the management of the health system

۴-۱- بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. داده ها از طریق پرسشنامه مقایسات زوجی از بین ۳۰ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جمع آوری شدند. هر پرسشنامه با دقت توسط کارکنان مدنظر تکمیل و نرخ ناسازگاری آن توسط نرم افزار Expert Choice محاسبه شد. نتایج تجزیه و تحلیل حاصل از روش فرآیند سلسله مراتبی نشان داد تمامی پرسشنامه ها از نرخ سازگاری مطلوبی برخوردار هستند. نتایج نهایی اولویت بندی معیارها و زیرمعیارها در جدول ۹ نشان داده شده است.

جدول ۹. وزن نهایی معیارها و زیرمعیارها

Table 9. The final weight of criteria and sub-criteria

عوامل اصلی	نماد	وزن محلی	معیار	نماد	وزن محلی	وزن نهایی معیار	اولویت بندی
		عامل			عامل		



۳۲	۰/۰۱۸	۰/۱۶۰	P1	پاسخ مسئولان به شکایت‌های مردم از عملکرد نظام سلامت	۰/۱۱۸	H1	حق شهروندی و مشتری‌مداری
۳۳	۰/۰۱۸	۰/۱۵۸	P2	ارائه مراقبت‌های اجتماعی برای بزرگسالان			
۲۳	۰/۰۲۱	۰/۱۸۴	P3	میزان اعتماد مؤسسه‌های خیریه به کیفیت خدمات بهداشتی و مشارکت در جلسه‌های دانشگاه			
۲۹	۰/۰۱۹	۰/۱۶۷	P4	تخصیص منابع مالی و انسانی برای مشارکت خیرین در نظام سلامت			
۲۶	۰/۰۲۱	۰/۱۷۸	P5	ارتباط مناسب بین متولیان نظام سلامت و مؤسسه‌های خیریه و داوطلبانه			
۴۰	۰/۰۱۸	۰/۱۵۴	P6	ارائه راهنما برای انتخاب پیمانکار واجد شرایط در پروژه ساختمانی			
۴۱	۰/۰۱۸	۰/۱۵۰	P7	ارتباط مناسب بین کادر درمان و بیماران	۰/۱۲۱	H2	عوامل اجتماعی و اقتصادی
۴۲	۰/۰۱۸	۰/۱۴۶	P8	واکنش نظام سلامت به شرایط اضطراری و بلایا (کووید ۱۹)			
۳۰	۰/۰۲۰	۰/۱۶۷	P9	استفاده از کانال‌های مختلف برای اطلاع‌رسانی به مردم			
۱۶	۰/۰۲۳	۰/۱۹۱	P10	تشویق مردم به مشارکت در امور نوع‌دوستانه			
۴۳	۰/۰۱۸	۰/۱۴۹	P11	جذب کمک‌های مالی مردم در بیماری‌های خاص			
۱۴	۰/۰۲۴	۰/۱۹۷	P12	ترویج فرهنگ مشارکت			
۵	۰/۰۲۸	۰/۲۲۳	P13	مشارکت فعال در حوزه سلامت	۰/۱۲۴	H3	سازمان‌های مردم‌نهاد
۳۴	۰/۰۱۹	۰/۱۵۴	P14	توجه به سلامت روان‌شناختی مردم			
۱۱	۰/۰۲۵	۰/۲۰۰	P15	دسترسی اقشار متوسط و پایین جامعه به خدمات			
۱۵	۰/۰۲۴	۰/۱۹۸	P16	بهبود مستمر کیفیت فناوری‌های خدمات سلامت			
۶	۰/۰۲۸	۰/۲۲۶	P17	تعیین راه‌های ارتباطی بین سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های دولتی			
۱۷	۰/۰۲۳	۰/۲۰۲	P18	رعایت اصول دموکراسی در سطح جامعه	۰/۱۱۶	H4	عوامل مدیریتی و سازمانی
۱	۰/۰۳۳	۰/۲۸۲	P19	طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی افراد صاحب‌نفوذ و مشهور (سلبریتی‌ها)			
۲	۰/۰۳۱	۰/۲۶۷	P20	ایجاد بانک اطلاعاتی جامع برای مؤسسه‌های خیریه و داوطلبانه			
۴	۰/۰۲۹	۰/۲۴۹	P21	ایجاد بستر مناسب برای همکاری خیرین			
۳	۰/۰۳۱	۰/۱۹۷	P22	فقدان دانش یا اطلاعات درباره مشارکت عمومی	۰/۱۵۸	H5	موانع مشارکت عمومی در سیستم سلامت
۸	۰/۰۲۷	۰/۱۷۰	P23	عدم وجود بازخورد و نیازهای رقابتی			
۱۸	۰/۰۲۳	۰/۱۴۸	P24	عدم وجود قدرت تصمیم‌گیری			
۹	۰/۰۲۶	۰/۱۶۴	P25	فقدان انگیزه در میان مؤسسه‌های خیریه و داوطلبانه			

۱۰	۰/۰۲۶	۰/۱۶۲	P26	مشکلات مرتبط با دولت و خیرین سلامت			
۱۲	۰/۰۲۵	۰/۱۵۸	P27	مشکلات مرتبط با جامعه و خیرین سلامت			
۱۳	۰/۰۲۵	۰/۱۸۹	P28	کاهش مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد	۰/۱۳۴	H6	چالش‌های مدیریت نظام سلامت
۱۹	۰/۰۲۳	۰/۱۷۰	P29	توجه ناکافی به عدالت‌محوری فعالیت‌های خیرین سلامت			
۲۷	۰/۰۲۱	۰/۱۵۷	P30	فقدان نظام پایش ارزشیابی و پاسخگویی			
۲۴	۰/۰۲۲	۰/۱۶۶	P31	عدم وجود دستورالعمل متناسب برای فعالیت‌ها و مشارکت خیرین			
۳۵	۰/۰۱۹	۰/۱۴۳	P32	عدم وجود نیروی فنی مهندسی مرتبط با پروژه ساختمانی در تیم کاری خیرین			
۲۰	۰/۰۲۳	۰/۱۷۴	P33	تورم بسیار زیاد و ناگهانی در بحث اقتصادی			
۳۶	۰/۰۱۹	۰/۱۸۴	P34	عدم وجود بار حقوقی تفاهم‌نامه‌های مشارکتی با خیرین	۰/۱۰۱	H7	پیامدهای مدیریت نظام سلامت
۲۱	۰/۰۲۳	۰/۲۲۵	P35	عدم تطابق خواسته خیرین با قوانین بالادستی			
۲۸	۰/۰۲۱	۰/۲۱۲	P36	عدم تأمین مالی به‌موقع توسط مدیران از خیرین در تفاهم‌نامه‌های مشارکتی			
۳۷	۰/۰۱۹	۰/۱۹۰	P37	نارضایتی پزشکان و مراکز درمانی از طرح سازمان نظام سلامت			
۳۸	۰/۰۱۹	۰/۱۸۸	P38	نارضایتی مردم از طرح نظام سلامت			
۲۲	۰/۰۲۳	۰/۱۸۳	P39	توجه به مطالبات عمومی در طرح‌های مشارکتی	۰/۱۲۸	H8	عوامل پژوهشی مؤثر بر مدیریت نظام سلامت
۷	۰/۰۲۸	۰/۲۱۶	P40	نظارت و ارزیابی فرآیند مشارکت عمومی			
۳۹	۰/۰۱۹	۰/۱۵۱	P41	ارائه اطلاعاتی بهداشتی در اماکن عمومی			
۴۴	۰/۰۱۶	۰/۱۲۲	P42	گسترش پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه			
۲۵	۰/۰۲۲	۰/۱۷۲	P43	ارتقای سطح سواد سلامت در جامعه			
۳۱	۰/۰۲۰	۰/۱۵۵	P44	پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت مردم در نظام سلامت			

۲-۴- پیشنهادهای پژوهش

با توجه به اینکه برنامه پزشکی خانواده بستری مناسب برای مشارکت مردم است و به طور کامل اجرا نشده است، پیشنهاد می‌شود دانشگاه علوم پزشکی برای افزایش مشارکت مردم به این موضوع بیشتر توجه کند و بستر لازم را برای اجرای کامل آن فراهم کند.

با توجه به اینکه منابع مختلفی برای اطلاع‌رسانی حوزه سلامت وجود دارد، از جمله طرح موضوع‌های مرتبط با سلامت از سوی افراد صاحب‌نفوذ و مشهور (سلبریتی‌ها)، می‌توان اعتبارسنجی لازم را انجام داد و در رسانه‌های مجازی، سایت‌ها و تبلیغات از این افراد برای افزایش مشارکت مردمی در مدیریت نظام سلامت استفاده کرد.

یکی دیگر از چالش‌های مدیریت نظام سلامت مشکلات سازمان‌های مردم‌نهاد است که با توجه به بوروکراسی پیچیده در کسب مجوز ممکن است یکی از موانع جلب مشارکت مردم باشد. لازم است افراد یا سازمان‌هایی که برای بهتر شدن



برنامه‌های سلامت یا ارتقای آن فعالیت می‌کنند بر روی این چالش بیشتر تمرکز کنند تا مشارکت جامعه را برای ارتقای سلامت افزایش دهند.

— پیشنهاد می‌شود دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سازمان‌های مردم‌نهاد برتر تقدیر کند تا از این طریق به پایداری این نهادها کمک کند.

— پیشنهاد می‌شود دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سازمان‌های مردم‌نهاد مورد نیاز برای تأسیس را به مردم معرفی کند؛ زیرا بیشتر مردم اطلاعاتی کم درباره این سازمان‌ها دارند؛ به همین دلیل با معرفی سازمان‌های مردم‌نهاد مورد نیاز، دانشگاه علوم پزشکی می‌تواند مشارکت مردمی را در مدیریت نظام سلامت افزایش دهد.

— با توجه به اینکه بخش دولتی چه بخواهد و چه نخواهد، سازمان‌های مردم‌نهاد به عنوان نیروهای خودجوش و سازمان‌یافته به کار خود ادامه می‌دهند، بهتر است برای افزایش بهره‌وری مجموع فعالیت‌های بخش دولتی و غیردولتی، استفاده از ظرفیت‌های مردمی با هدف پایداری اهداف توسعه و تسریع دستیابی به چشم‌انداز ۲۰ سال، تعاملاتی مؤثرتر بین این دو بخش برقرار شود و سعی شود از مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد بیشتر استفاده شود.

۳-۴- محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش در سطحی محدود از دیدگاه کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی شد؛ بنابراین، هنگام تعمیم نتایج پژوهش باید احتیاط لازم را در نظر گرفت. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش مقطعی بودن پژوهش است.

منابع فارسی

- اخوان بهبهانی، ع.، مسعودی اصل، ا.، حسام، س.، و نجفی‌خواه، م. (۱۳۹۹). چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت (مطالعه کیفی). *توانبخشی*، ۲۱(۴)، ۴۶۹-۴۵۴. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2>
- آخوندزاده، ر. (۱۳۹۳). طرح تحول نظام سلامت، فرصت یا تهدید برای پزشکان. *بیهوشی و درد*، ۵(۱)، ۱-۲. <https://www.sid.ir/paper/479099/fa>
- اشراقی، ح.، امیراحمدی، ر.، و نعیمی، م. (۱۳۹۹). تبیین جامعه‌شناختی کنش مشارکتی خیرین در نظام سلامت. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲۰(۷۹)، ۳۳۳-۳۶۶. <https://doi.org/20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0>
- امیرحسینی، ع.، شیرازی، ح.، شفیعی رودپشتی، م.، و جنتی‌فر، ح. (۱۴۰۲). ارائه الگوی توسعه مشارکت‌های عمومی - خصوصی نظام سلامت از طریق گفت‌وگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی. *تصویر سلامت*، ۱۴(۱)، ۹۹-۱۱۵. <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2625.1>
- باصری، ا.، و علوی، ا. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط موفقیت سیستم اطلاعات بیمارستانی با عملکرد سازمانی از دیدگاه کارکنان بیمارستان. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۹(۱)، ۵۰-۵۳. <https://doi.org/10.48305/him.2022.24345>
- جانبازی، م.، رنجبر، م.، و محمدزاده، ج. (۱۴۰۲). مروری بر خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت آینده‌نگر. *تعالی بالینی*، ۱۳(۱)، ۹۸-۱۱۰. https://ce.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=773&sid=1&slc_lang=fa
- حسینی، س.، عباسی، ب.، و آقامحمدآقایی، ا. (۱۴۰۰). تحلیل طرح تحول سلامت و پیامدهای آن به عنوان نظام کارآمد درمان. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۹)، ۲۴۲-۲۳۰. <https://www.sid.ir/paper/992650/fa>
- خدادادی، ا.، شاکری، ر.، و شیرینی، ا. (۱۴۰۱). تبیین عوامل مؤثر شفافیت سازمانی در تصمیم‌گیری راهبردی مدیران نظام

- سلامت (مورد مطالعه: دانشگاه علوم پزشکی ایلام). *دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳۰(۵)، ۸۹-۱۰۳.
- <https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-7611-fa.html>
- دماری، ب.، حیدری، ا.، و وثوق مقدم، ع. (۱۳۹۹). میزان اجرا و پیاده‌سازی مواد قانونی بخش سلامت در برنامه پنج‌ساله پنجم کشور. *فصلنامه پژوهشی حکیم*، ۲۲(۲)، ۹۴-۹۹.
- <https://hakim.tums.ac.ir/article-1-1899-fa.html>
- رجبی، م.، ابراهیمی، پ.، و آراین خصال، آ. (۱۴۰۱). ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران. *مدیریت سلامت*، ۲۵(۳)، ۳۰-۴۹.
- <https://doi.org/10.22034/25.3.30>
- مصدق‌راد، ع.، تاجور، م.، و احتشامی، ف. (۱۳۹۸). مشارکت خیرین در ارائه خدمات سلامت در ایران. *نشریه پایش*، ۱۸(۵)، ۴۳۹-۴۵۳.
- <https://doi.org/20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2>
- مصدق‌راد، ع.، و احتشامی، ف. (۱۳۹۸). تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران. *فصلنامه پژوهشی حکیم*، ۲۲(۴)، ۲۸۴-۲۹۷.
- <https://hakim.tums.ac.ir/article-1-1843-fa.html>
- نکویی مقدم، م.، امیریوسفی، س.، قربانی بهابادی، ز.، و امیراسماعیلی، م. (۱۳۹۲). نقش مؤسسات خیریه در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲(۱)، ۱-۱۰.
- <https://www.sid.ir/paper/215495/fa>

References

- Akerboom, S., & Craig, R. K. (2022). How law structures public participation in environmental decision making: A comparative law approach. *Environmental Policy and Governance*, 32(3), 232-246. <https://doi.org/10.1002/eet.1986>.
- Akhundzadeh, R. (2013). Health system reform plan. *Opportunity or Threat for Doctors, Anesthesia and Pain*, 5(1), 1-2. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/479099/fa>.
- Akhwan Behbahani, A., Masoudi Asl, A., Hossam, S., & Najafikhah, M. (2019). Challenges of participation in legislation in the health sector (a qualitative study). *Rehabilitation*, 21(4), 454-469. [In Persian] <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2>.
- Al Siyabi, H., Al Mukhaini, S., Kanaan, M., Al Hatmi, S., Al Anqoudi, Z., Al Kalbani, A., ... , & Al Awaidey, S. T. (2021). Community participation approaches for effective national covid-19 pandemic preparedness and response: an experience from Oman. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.616763>.
- Amirhosseini, A., Shirazi, H., Shafiei Rudpashti, M., & Jannatifar, H. (1402). Presenting a model for the development of public-private partnerships in the health system through electronic word-of-mouth communication. *Health Image*, 14(1), 99-115. [In Persian] <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2625.1>.
- Arhin, K., Oteng-Abayie, E. F., & Novignon, J. (2023). Effects of healthcare financing policy tools on health system efficiency: Evidence from sub-Saharan Africa. *Heliyon*, 9(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20573>.
- Banke-Thomas, A., Ayomoh, F. I., Abejirinde, I. O. O., Banke-Thomas, O., Eboreime, E. A., & Ameh, C. A. (2021). Cost of utilising maternal health services in low-and middle-income countries: a systematic review. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(9), 564. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.104>
- Baseri, A., & Alavi, A. (1401). Investigating the relationship between the success of hospital information system and organizational performance from the perspective of hospital staff. *Health Information Management*, 19(1), 50-53. [In Persian] <https://doi.org/10.48305/him.2022.24345>.
- Carnut, L., Mendes, A., & Leite, M. G. (2020). Methodologies for equitable allocation of health financial resources: an integrative review. *Saúde em Debate*, 44, 902-918. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624>
- Daniels, T., Williams, I., Bryan, S., Mitton, C., & Robinson, S. (2018). Involving citizens in disinvestment decisions: what do health professionals think? Findings from a multi-method study



- in the English NHS. *Health Economics, Policy and Law*, 13(2), 162-188. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000330>
- Demari, B., Heydari, A., & Vathouq Moghadam, A. (2018). The level of implementation of the legal articles of the health sector in the fifth five-year plan of the country. *Hakim Research Quarterly*, 22(2), 94-99. [In Persian] <https://hakim.tums.ac.ir/article-1-1899-fa.html>.
- Diaz, A., Chhabra, K. R., Byrnes, M. E., Rajkumar, A., Yang, P., Ibrahim, A., & Nathan, H. (2023). *Optimizing care delivery in expanding health systems: Views from clinical leaders*. Paper presented at the Healthcare. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2023>.
- Edward, K. L., & Welch, T. (2011). The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemporary nurse*, 39(2), 163-171. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.163>.
- Ghahramani, S. (2024). *Fundamentals of probability*. CRC Press. <https://www.routledge.com/Fundamentals-of-Probability/Ghahramani/p/book/9781032366081>.
- Hosseini, S., Abbasi, B., & Agha Mohammad Aghaei, A. (1400). Analysis of the health transformation plan and its consequences as an efficient treatment system. *Islamic Lifestyle based on Health*, 5(9), 230-242. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/992650/fa>.
- Ishraghi, H., Amir Ahmadi, R., & Naimi, M. (2019). Sociological explanation of the cooperative action of donors in the health system. *Social Welfare Research Quarterly*, 20(79), 333-366. [In Persian] <https://doi.org/20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0>.
- Jaca, A., Malinga, T., Iwu-Jaja, C. J., Nnaji, C. A., Okeibunor, J. C., Kamuya, D., & Wiysonge, C. S. (2022). Strengthening the health system as a strategy to achieving a universal health coverage in underprivileged communities in Africa: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 587. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010587>.
- Janbazi, M., Ranjbar, M., & Mohammadzadeh, C. (1402). An overview of the future-oriented health system policy. *Clinical Excellence*, 13(1), 98-110. [In Persian] https://ce.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=773&sid=1&slc_lang=fa.
- Khodadadi, A., Shakri, R., & Shiri, A. (1401). Explaining the effective factors of organizational transparency in the strategic decision-making of health system managers (case study: Ilam University of Medical Sciences). *Ilam University of Medical Sciences*, 30(5), 89-103. [In Persian] <https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-7611-fa.html>.
- Kuikel, B. S., Shrestha, A., Xu, D. R., Shahi, B. B., Bhandari, B., Mishra, R. K., & Dangaura, N. R. (2023). A critical analysis of health system in Nepal; Perspective's based on COVID-19 response. *Dialogues in Health*. <https://doi.org/100142, 10.1016/j.dialog.2023>.
- Martinez, M. G., & Kohler, J. C. (2016). Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Globalization and Health*, 12(1), 1-12. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_47617.
- Masic, I. (2018). Public health aspects of global population health and well-being in the 21st century regarding determinants of health. *International journal of preventive medicine*, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5801579>.
- McGuire, F., Mohan, S., Walker, S., Nabyonga-Orem, J., Ssengooba, F., Kataika, E., & Revill, P. (2024). Adapting economic evaluation methods to shifting global health priorities: assessing the value of health system inputs. *Value in Health Regional Issues*, 39, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2023.08.005>
- Mossadeghrad, A., & Ehtshami, F. (2018). Explaining and predicting the behavior of donors' participation in Iran's health system. *Hakim Research Quarterly*, 22(4), 284-297. [In Persian] <https://hakim.tums.ac.ir/article-1-1843-fa.html>.
- Mosadeghrad, A., Tajvar, M., & Ehteshami, F. (2019). Donors' participation in healthcare delivery in Iran. *Payesh (Health Monitor)*, 18(5), 439-453. [In Persian] <https://doi.org/20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2>.
- Nekui Moghadam, M., Amiryousofi, S., Ghorbani Bahabadi, Z., & Amir Ismaili M. (2012) The role of charities in the health system: a qualitative study. *Qualitative Research in Health Sciences*, 2(1), 1-10. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/215495/fa>.
- Nikjoo, R. G., Joudyian, N., & Partovi, Y. (2021). Participation status of Charities in Iran's health



- system. *Health Scope*, 10(3). <https://doi.org/10.5812/jhealthscope.108992>.
- Petrich, M., L. Ramamurthy, V., Hendrie, D., & Robinson, S. (2013). Challenges and opportunities for integration in health systems: an Australian perspective. *Journal of Integrated Care*, 21(6), 347-359. <https://www.researchgate.net/publication/262959215>.
- Rajabi, M., Ebrahimi, P., Arin Khasal, A. (1401). Presenting the model of participation of non-governmental organizations in Iran's health system, *Health Management*, 25(3), 49-30. [In Persian] <https://doi.org/10.22034/25.3.30>.
- Razavi, S. D., Kapiriri, L., Wilson, M., & Abelson, J. (2020). Applying priority-setting frameworks: A review of public and vulnerable populations' participation in health-system priority setting. *Health Policy*, 124(2), 133-142. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.005>.
- Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., & Figueras, J. (2023). Building on value-based health care: Towards a health system perspective. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104918>.

