

## Development of a Policy Model for the Production of Applied Knowledge in Health Management

Hosseinipour Kh (Ph.D. Candidate)<sup>1</sup>, Vazifeh Z (Ph.D.)<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Ph.D. Candidate in Public Administration: Decision Making and Public Policymaking, Zahedan, Iran

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Management and Economics, University of Sistan and Baluchistan, Zahedan, Iran

### Abstract

**Introduction:** The health system implements national and regional reforms by developing new policies or reforming the previous policies to respond to the changing needs of society, increasing efficiency, effectiveness, and quality and creating justice. The present study aimed to develop a policy model for producing applied knowledge in health management.

**Methods:** This study was conducted using a qualitative grounded theory method. The qualitative data were collected through in-depth interviews with 15 purposively selected health crisis management specialists and policymaking, public management, innovation management, and industrial management experts in the fall of 2021. The data were analyzed through MAXQDA software.

**Results:** The most important policymaking indicator was evaluating indigenous knowledge production policies for health crisis management. Training cultural factors in the indigenization of other countries' experiences was the most important indicator in policy education, and missing links in the Ministry of Health were identified as the outcomes of inattention to biological crises. Therefore, the identified indicators can be considered the structural factors of indigenous knowledge production policies for health crisis management.

**Conclusion:** Following the findings from the qualitative case study, the final model was developed using a set of variables, including the content of indigenous knowledge policy, the process of policies for the production of applied knowledge for health management, the training of policies for the production of applied knowledge for health management, and the structural factors of the policies for the production of applied knowledge for health management.

**Keywords:** Policy Making, Knowledge Management, Health, Crisis Management, Applied Knowledge

Sadra Med Sci J 2023; 11(1): 77-90.

Received: Aug. 9th, 2022

Accepted: Feb. 4th, 2023

\*Corresponding Author: **Vazifeh Z.** Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Management and Economics, University of Sistan and Baluchistan, Zahedan, Iran, vazife@mgmt.usb.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۱، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۱، صفحات ۷۷ تا ۹۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵

مقاله پژوهشی  
(Original Article)

## تدوین مدل سیاست‌گذاری تولید دانش کاربردی در مدیریت سلامت

خدیجه حسینی پور<sup>۱</sup>، زهرا وظیفه<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روزانه دانشگاه سیستان و بلوچستان، رشته مدیریت دولتی، گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، زاهدان، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

## چکیده

**مقدمه:** نظام سلامت هر کشوری برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت همواره با سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری جدید یا تجدید نظر سیاست‌های قبلی، اصلاحاتی را در سطح ملی و منطقه‌ای اعمال می‌نماید. هدف اصلی پژوهش حاضر، تدوین مدل سیاست‌گذاری تولید دانش کاربردی در مدیریت سلامت است.

**روش‌ها:** این پژوهش به روش کیفی (روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد) و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت آشنایی با داده‌ها در اجرای بخش کیفی پژوهش، نظرات ۱۵ نفر از متخصصان مدیریت بحران سلامت در وزارت بهداشت و خبرگان دانشگاهی در رشته‌های سیاست‌گذاری، مدیریت دولتی، مدیریت نوآوری و مدیریت صنعتی که در حوزه پژوهش صاحب‌نظر هستند، به روش نمونه‌گیری هدفمند در قالب مصاحبه عمیق در پاییز ۱۴۰۰ گردآوری شد.

**یافته‌ها:** مضمون ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در فرآیند سیاست‌ها، مضمون آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در آموزش سیاست‌ها و مضمون حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت تعیین شد.

**نتیجه‌گیری:** پس از انجام مطالعه موردی کیفی، مدل نهایی با توجه به متغیرهای محتوای سیاست دانش بومی، فرآیند، آموزش و عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش کاربردی برای مدیریت سلامت تدوین گردید.

**واژگان کلیدی:** سیاست‌گذاری، مدیریت دانش، سلامت، مدیریت بحران، دانش کاربردی

\* نویسنده مسئول: زهرا وظیفه، استادیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران، vazife@mgmt.usb.ac.ir

## مقدمه

مشابه، از نمونه‌های این واقعیت است. ۸۳٪ از مردم که در این فاجعه جان باختند، آسیایی بودند. متوسط بلایای طبیعی در هر سال ۸۷ میلیارد دلار خسارت دیده است. بدیهی است که هر کدام از این موقعیت‌ها می‌تواند برای شناسایی راه‌حل‌های مناسب در قالب یک برنامه رقابتی تنظیم شود (۵).

ایران یک کشور مستعد فجایع طبیعی است و می‌تواند یکی از آسیب‌پذیرترین کشورها در برابر بلایای طبیعی باشد. ۹۰ درصد از مردم ایران در معرض خطر زمین‌لرزه و سیل قرار دارند. بلایای طبیعی به‌ندرت در جهان رخ می‌دهند، اما تأثیر بسیار مضر بر سامانه مراقبت‌های سلامت دارند و تعداد زیادی زخمی می‌گردند. همچنین اثرات آن‌ها حتی پس از وقوع بحران برای مدت طولانی ادامه می‌یابند (۵).

سامانه سلامت یکی از پیچیده‌ترین سامانه‌های هر جامعه است. بهره‌برداری از تکنیک‌های مدیریت دانش به‌منظور ثبت و برقراری ارتباط و افزایش دانش در بخش مراقبت‌های سلامت ضرورتاً مهم است (۶). نظام سلامت هر کشوری برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت همواره با سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری جدید یا اصلاح سیاست‌های قبلی اصلاحاتی را در سطح ملی و منطقه‌ای اعمال می‌نماید. (۷).

والث و گیلسون در سال ۱۹۹۴ چارچوب تحلیل سیاستی را -به‌طور عمده برای بخش سلامت- تدوین نمودند. این چارچوب که به مثلث سیاست‌گذاری شهرت دارد، در فراتر از این بخش نیز قابل کاربرد است. مثلث سیاست‌گذاری روشی برای تحلیل مشکل و یافتن راه‌هایی برای رویارویی با آن است و پیرامون فرآیند، محتوا و زمینه در یک نظام سیاستی سازمان‌دهی می‌گردد. چارچوب مثلث سیاست می‌تواند در تحلیل اینکه چگونه مجموعه‌ای از سیاست‌ها، سازمان‌ها، و ارزش‌های اجتماعی و رفتار در هنگام بروز مشکل یا مسئله در حل آن دخیل است یا باعث تداوم آن می‌گردد، بکار رود؛ این نوع تحلیل راهی است برای

در عصر جدید و در هزاره سوم بحران‌ها واقعیتی جدایی‌ناپذیر از ماهیت درونی سازمان‌ها شده‌اند. بحران‌ها در واقع در اثر رخدادها و عوامل طبیعی و غیرطبیعی پدید می‌آیند و زیان و خسارت را به یک مجموعه یا جامعه انسانی تحمیل می‌نمایند. مدیریت بحران برای مواجهه با موقعیت‌های غافلگیرکننده و غیرمنتظره بیش از هر چیز نیازمند تجربه، مهارت، سرعت عمل، هوشمندی و خلاقیت است. مدیریت بحران فرآیندی برنامه‌ریزی شده و عملکردی است که با مشاهده نظام‌مند بحران‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها در جستجوی یافتن ابزاری برای کاهش اثرات بحران است. دانشمندان بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در هنگام بحران بیش‌ترین فشار بر مدیران سازمان‌ها وارد می‌گردد. از این‌رو مدیران برای مواجهه مناسب با بحران نیازمند ایجاد آمادگی و پرورش قابلیت‌های خود هستند (۱).

زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تحت تأثیر بحران‌های طبیعی است که هزینه‌های هنگفت اقتصادی و اجتماعی به وجود می‌آورد و توسعه کشورها را دشوار می‌نماید. (۲). نداشتن آمادگی و مقابله نمودن مناسب با بحران‌های طبیعی، خسارات سنگینی به ملت‌ها و دارایی‌های آن‌ها وارد می‌نماید که بعضاً جبران‌ناپذیر است (۳). کشور ایران به‌واسطه موقعیت جغرافیایی، شرایط اقلیمی و وضعیت زمین‌شناختی در زمره ۱۰ کشور حادثه‌خیز دنیا قرار دارد. وقوع ۳۰ مورد از ۴۱ مورد حادثه طبیعی شناخته شده جهان در آن و به‌ویژه اختصاص داشتن حدود شش درصد از تلفات انسانی ناشی از وقوع بلایای طبیعی جهان به ایران در مقایسه با سهم یک‌درصدی آن از جمعیت کره زمین، ایران را در مقام چهارم قاره آسیا پس از کشورهای هند، بنگلادش و چین قرار می‌دهد. (۴).

در یک دهه گذشته، حدود ۸۸٪ از کل مرگومیر جهان ناشی از حوادث طبیعی بوده است. طوفان بزرگ کاترینا، سونامی در جنوب شرقی آسیا، زلزله بم و ده‌ها واقعه

سیاست‌های سلامت در کشورهای متوسط و کم‌درآمد نتیجه تحلیل‌هایی هستند که با قضاوت‌های ارزشی بازیگران حوزه سلامت آمیخته می‌گردد. بهره‌گیری از رویکردها و اسلوب تحلیل سیاست باعث درک بهتر سیاست و تحلیل عمیق و درست ابعاد مختلف آن می‌گردد. تحلیل سیاست برای درک بهتر فرآیند سیاست‌گذاری و همچنین فراهم نمودن دانش قابل اتکای مرتبط با سیاست‌گذاری در خصوص مشکل‌ها و تغییر سیاستی مفید است. از آنجا که هر سازمان در معرض بحران‌های گوناگونی است و این بخش سلامت نیز از این قاعده مستثنا نیست در پژوهش حاضر تلاش شد تا پاسخی برای پرسش «مدل سیاست‌گذاری تولید دانش کاربردی در حوزه مدیریت سلامت چگونه تدوین می‌شود؟» فراهم آید.

#### ۱- چهارچوب نظری تحقیق

متغیرهای مؤثر بر ارتقای مدیریت دانش بحران در بخش سلامت کشور را، با الهام از پژوهش‌های بارلو و همکاران، ۲۰۲۱ و کایزا و همکاران، ۲۰۲۰ (۱۱) و ارنده، ۲۰۲۰ (۱۲) و نودا و همکاران، ۲۰۲۱ (۱۳) و گونزالز و همکاران، ۲۰۲۰ (۱۴)، برای مفهوم سیاست‌گذاری سلامت؛ و پژوهش‌های والسکوز و همکاران، ۲۰۲۱ (۱۵) و پارک، ۲۰۱۹ (۱۶) و کیلی، ۲۰۲۰ (۱۰) و ژیا، ۲۰۱۲ (۱۷) و شهرادی، ۲۰۱۷ (۱۸)، برای مفهوم مدیریت دانش سلامت؛ و پژوهش‌های عباس، ۲۰۲۱ و پیچ، ۲۰۱۹ (۱۹) و شافر، ۲۰۲۱ (۲۰) و ماکادو، ۲۰۲۰ (۲۱) و ریاز، ۲۰۱۶ (۲۲) و بوشارا، ۲۰۱۵ (۲۳) و زاکی، ۲۰۱۷ (۲۴)، برای مفهوم مدیریت بحران سلامت؛ همچنین مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۰ و سازمان مدیریت بحران کشور، ۱۴۰۰ و سازمان اورژانس کشور، ۱۴۰۰ و مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۰ و مرکز پژوهش‌های سیاست‌گذاری سلامت، ۱۴۰۰ و پایگاه اطلاع‌رسانی رهبری، ۱۴۰۰؛ آشکار و روشن می‌سازد (جدول ۱).

ساماندهی اقدامات سیاستی. این چارچوب تحلیلی همچنین می‌تواند در شفاف‌سازی و تدوین گزینه‌های استراتژیک برای پرداختن به هر یک از سه بعد فرآیند، محتوا و زمینه مورد بهره‌برداری قرار گیرد. بر اساس این چارچوب، پژوهش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت به‌طور عمده بر تحلیل نقش‌آفرینان در کنار توجه به محتوا، زمینه و فرآیند سیاست تمرکز دارد. چارچوب مثلث سیاست بر دیدگاه اقتصاد سیاستی بنا می‌گردد و به بررسی این امر می‌پردازد که چگونه این چهار جزء در شکل‌دهی سیاست‌گذاری با یکدیگر در تعامل هستند.

در تحقیق بارلو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) (۸) فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، مجموعه اقدامات و مقررات ملی بهداشت است که از طریق آن، سیاست‌ها مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند، تدوین و تصویب می‌شوند، اجرا می‌گردند و در نهایت مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند.

در تحقیق عباس<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) (۹) استراتژی‌های به‌کاررفته بر اساس تقاطع بیماری همه‌گیر COVID-19 و سلامت جهانی عبارت‌اند از: انتقال ریسک به بخش‌های دیگر، اجتناب از بحران سلامت، و کاهش اثرات منفی بحران سلامت.

در تحقیق کلی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) (۱۰) به طراحی الگوی نقش عدم اطمینان در مواقع اضطراری سلامت<sup>۴</sup> بر اساس شکاف دانش سلامت<sup>۵</sup> و ناآگاهی ساختاری در بحران سلامت در کشور برزیل اقدام گردید.

کایسا<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۰) (۱۱) نشان دادند که تجزیه و تحلیل سیاست‌های سلامت در سطح وزارت بهداشت، سیاست تشویق بخش خصوصی در سطح شهرها، سیاست تشویق مراقبت‌های پیشگیرانه، و در سطح فنی مواردی مانند برنامه‌های واکسیناسیون را در برمی‌گیرد.

<sup>1</sup> Barlow

<sup>2</sup> Abbas

<sup>3</sup> Kelly

<sup>4</sup> Medical Emergency

<sup>5</sup> Health Knowledge Gaps

<sup>6</sup> Kayesa

جدول ۱. چارچوب نظری پژوهش

«محتوای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت»	«زمینه و بستر سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت»
محتوای سیاست‌های سلامت روان	برونی‌سازی دانش بحران در بخش سلامت (ضمنی به عینی)
محتوای سیاست‌های اصلاح بخش سلامت	درونی‌سازی دانش بحران در بخش سلامت (عینی به ضمنی)
محتوای سیاست‌های کنترل بیماری‌های خاص	ترکیب و پیوند دانش بحران در بخش سلامت
«بازیگران و نقش‌آفرینان سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت»	«فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت»
عامل افراد (عموم مردم)	تدوین سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
عامل کسب‌وکارها (شرکت‌های بخش خصوصی)	اجرای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
عامل سازمان‌ها (نهادهای دولتی)	ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت

## روش‌ها

در پژوهش حاضر ابتدا مرتبط‌ترین مقالات موجود در حوزه ارتقای مدیریت دانش بحران در بخش سلامت کشور بررسی گردید و بعد از روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد جهت شناسایی و انتخاب مفاهیم اصلی پژوهش، بهره‌گیری شد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر شامل مراحل مختلفی است، جامعه آماری متناسب با هر مرحله انتخاب شد. با بهره‌برداری از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته، داده‌های گردآوری شده در هر مرحله از پژوهش با روش متناسب با آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش از روش کدگذاری و با بهره‌برداری از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ انجام گردید.

نظریه داده بنیاد یکی از استراتژی‌های پژوهش محسوب می‌شود که از طریق آن نظریه‌پردازی بر مبنای مفاهیم اصلی حاصل از داده‌های موجود در زمینه شکل می‌گیرد. این‌گونه نظریه‌پردازی مبتنی بر استعاره کولاژ و همانند مدل سطل زباله تصمیم‌گیری است که از تلاقی تصادفی اجزاء و البته با هنرنمایی نظریه‌پرداز ترکیبی نو، بدیع و جذاب خلق می‌شود. به عبارت دیگر، نظریه‌پرداز زمینه‌بنیان در زمینی متشکل از داده‌های پراکنده متعدد و متنوع سیر می‌کند و به‌منظور دستیابی به نظریه‌ای نو، با هنرنمایی آن‌ها را ترکیب می‌نماید. خلاقیت یکی از اجزای مهم نظریه‌پردازی زمینه‌بنیان است. رویه‌های این روش

پژوهشگر را مجبور می‌سازد که پیش‌فرض‌ها را درهم‌شکسته و از عناصر قدیمی نظمی نو بیافریند. نظریه داده بنیاد یک روش تحقیق کیفی است که برای نظریه‌پردازی پیرامون پدیده مورد مطالعه استفاده می‌شود. این روش زمانی استفاده می‌شود که ادبیات پژوهش پیرامون موضوع از غنای لازم برخوردار نباشد. همچنین هدف، ارائه یک نظریه جدید است که تاکنون در جوامع پژوهشی مطرح نشده است. روش اصلی گردآوری داده‌ها در این روش استفاده از انواع مصاحبه است. با تحلیل و کدگذاری متن مصاحبه‌ها به ارائه مدل پارادایمی پرداخته می‌شود.

جامعه مورد مطالعه این پژوهش را می‌توان به سه گروه کلی شامل: گروه اول دربرگیرنده استادان صاحب‌نظر (خبرگان آکادمیک)، گروه دوم دربرگیرنده متخصصان مدیریت بحران سلامت شاغل در وزارت بهداشت کشور (خبرگان صنعت)، و گروه سوم دربرگیرنده پژوهشگران و کارشناسان مستقل (ذی‌نفعان مردمی)، دسته‌بندی نمود که از این میان افرادی برای نمونه انتخاب شدند که برای ارائه اطلاعات موردنیاز در بهترین موقعیت قرار داشتند. در نهایت تعداد ۱۵ نفر انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به پیشنهاد این افراد برای مصاحبه به سراغ افراد دیگر می‌رود. در این شیوه نمونه‌گیری، پژوهشگر می‌تواند در انتخاب اعضای جمعیت نمونه به‌صورت ترجیحی به انتخاب نمونه‌هایی بپردازد که از نظر مؤلفه‌های زمینه‌ای و نیز

کد گذاشته مرتبط با هر یک از مضامین، شناخته و گردآوری می‌گردد. اساساً در این مرحله، کدها تجزیه و تحلیل می‌گردد و به نحوه ترکیب و تلفیق کدهای مختلف جهت تشکیل مضمون پایه، توجه می‌گردد. در این مرحله برای انتخاب واژه برای مضامین پژوهش، بر اساس نظریه‌پردازی داده‌بنیاد در نرم‌افزار MAXQDA بین مضامین اصلی، ارتباط برقرار شد (جدول ۳).

در اینجا توزیع پاسخ خبرگان در بخش‌بندی محتوای پژوهش نشان می‌دهد که برای هرکدام از شش متغیر اصلی پژوهش، سه مضمون استخراج شده است: «فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت» که دربرگیرنده مضمون‌هایی از قبیل تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت است.

«آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت» دربرگیرنده مضمون‌هایی از قبیل آموزش عوامل وضعیتی در تعیین شرایط بحران سلامت، آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها و آموزش عوامل جهانی در سیاست سلامت است.

میزان آشنایی با حوزه مورد بررسی، در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند. در واقع روش نمونه‌گیری در این پژوهش ترکیبی از دو روش نمونه‌گیری غیر احتمالی هدفمند (قضاوتی) و نمونه‌گیری گلوله برفی است (۲۵) (جدول ۲).

### یافته‌ها

نمای کلی ساختار مصاحبه عمیق در بخش مرورگر مستندات نرم‌افزار MAXQDA نشان می‌دهد که محتوای سیاست‌های تولید دانش کاربردی مضامین اصلی پژوهش هستند. جدول ۲ به صورت خلاصه به توصیف جمعیت شناختی نمونه می‌پردازد.

همچنین مستندات نرم‌افزار MAXQDA نشان می‌دهد که فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت، آموزش، و عوامل ساختاری آن مضامین اصلی پژوهش را تشکیل می‌دهند.

در مرحله جست‌وجو و شناخت مضامین پژوهش که به تحلیل در سطحی کلان‌تر از کدها تمرکز دارد کدهای مختلف در قالب مضامین مرتب می‌گردد و همه داده‌های

جدول ۲. خلاصه‌ای از توصیف جمعیت شناختی نمونه پژوهش

نوع مشخصات	مشخصات	تعداد	فراوانی نسبی (درصد)
جنسیت	آقا	۱۱	٪۷۳
	خانم	۴	٪۲۷
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۲	٪۱۳
	کارشناسی ارشد	۴	٪۲۷
	دکتری	۹	٪۶۰
سابقه کاری	۳ تا ۵ سال	۲	٪۱۳
	۶ تا ۱۰ سال	۵	٪۳۳
	بیشتر از ۱۰ سال	۸	٪۴۴
نوع خبره	شاغل در وزارت بهداشت (خبرگان صنعت)	۹	٪۶۰
	پژوهشگران و کارشناسان مستقل (ذی‌نفعان مردمی)	۳	٪۲۰
	خبرگان دانشگاهی (خبرگان آکادمیک)	۳	٪۲۰

## جدول ۳. برقراری ارتباط بین مضامین بر اساس ماتریس کدبندی

فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
مضمون تدوین سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
مضمون اجرای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
مضمون ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
مضمون آموزش عوامل وضعیتی در تعیین شرایط بحران سلامت
مضمون آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها
مضمون آموزش عوامل جهانی در سیاست سلامت
عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
مضمون شکاف‌های ساختاری در سازمان هلال‌احمر کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های شیمیایی
مضمون حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی
مضمون شکاف‌های ساختاری در سازمان مدیریت بحران کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های هسته‌ای

تفکیک شود. در این مرحله برای انتخاب واژه برای مضامین پژوهش، به یکپارچه‌سازی و بهبود مضامین در نرم‌افزار MAXQDA اقدام شده است (جدول ۴). جهت بررسی اینکه ابزار اندازه‌گیری این پژوهش تا چه حد توان سنجش خصیصه موردنظر را دارد از اسناد علمی و استانداردهای سازمانی و نظرات برخی از استادان، کارشناسان و متخصصان شاغل در وزارت بهداشت بهره‌گیری شد و ابزار تعیین متغیرهای مدل تصمیم‌گیری اولیه بعد از اعمال نظرات ایشان با بهره‌گیری از متدلوژی کیفی، به شکل نهایی خود رسید. پس از نهایی شدن متغیرها و مضمون‌های مدل پژوهش، به تحلیل‌های آماری و اجرای مدل‌سازی معادلات ساختاری اقدام شد.

«عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت» دربرگیرنده مضمون‌هایی از قبیل شکاف‌های ساختاری در سازمان هلال‌احمر کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های شیمیایی، حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی و شکاف‌های ساختاری در سازمان مدیریت بحران کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های هسته‌ای است.

## ۱- ترسیم شبکه مضامین

در مرحله ترسیم شبکه مضامین، مشخص شد که برخی مضامین پیشنهادشده با یکدیگر هم‌پوشانی دارد و ممکن است لازم باشد سایر مضامین به مضامین جداگانه‌ای

## جدول ۴. یکپارچه‌سازی و بهبود مضامین پژوهش

فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (D)
مضمون تدوین سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (DA)
مضمون اجرای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (DB)
مضمون ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (DC)
آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (E)
مضمون آموزش عوامل وضعیتی در تعیین شرایط بحران سلامت با کد (EA)
مضمون آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها با کد (EB)
مضمون آموزش عوامل جهانی در سیاست سلامت با کد (EC)
عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (F)
مضمون شکاف‌های ساختاری در سازمان هلال‌احمر کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های شیمیایی (FA)
مضمون حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی (FB)
مضمون شکاف‌های ساختاری در سازمان مدیریت بحران کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های هسته‌ای (FC)

آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها با کد (EB) دارای بیش‌ترین تکرار در آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (E) با فراوانی ۱۱ از ۱۵ نفر خبره. ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (DC) دارای بیش‌ترین تکرار در فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (D) با فراوانی ۱۰ از ۱۵ نفر خبره. ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت تعیین شد. آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت تعیین شد.

## ۲- تحلیل شبکه مضامین

در مرحله تحلیل شبکه مضامین، شبکه‌های مضامین رسم شده، بررسی و تجزیه و تحلیل شد. رتبه کدهای پژوهش بر اساس تکرار آن‌ها در ماتریس کدبندی به شرح ذیل در جدول ۵ قابل مشاهده است.

### بحث

در این مرحله، تحلیل و تدوین گزارش نهایی پژوهش، بر اساس نتایج گزارش پژوهش صورت می‌گیرد. پرتکرارترین مضمون‌های متغیرهای اصلی حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی با کد (FB) دارای بیش‌ترین تکرار در عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت با کد (F) با فراوانی ۱۱ از ۱۵ نفر خبره.

جدول ۵. رتبه کدهای پژوهش

Code	All coded segments	Position
EB	11	14
FB	11	17
DC	10	12
EA	10	13
DA	8	10
FA	7	16
EC	6	15
DB	5	11

EB: آموزش عوامل فرهنگی در بومی‌سازی تجارب دیگر کشورها

FB: حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی

DC: ارزیابی سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت

EA: مضمون آموزش عوامل وضعیتی در تعیین شرایط بحران سلامت

DA: مضمون تدوین سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت

FA: مضمون شکاف‌های ساختاری در سازمان هلال احمر کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های شیمیایی

EC: مضمون آموزش عوامل جهانی در سیاست سلامت

DB: مضمون اجرای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت

پیشنهاد‌های پژوهش بر اساس کارکردهای وزارت بهداشت با هدف مدیریت بحران سلامت در کشور عبارت است از اینکه به نقشه جامع علمی سلامت کشور توجه راهبردی شود زیرا اهداف مصوب در نقشه جامع علمی سلامت کشور مبنی بر کسب جایگاه اول سلامت آحاد مردم در

حلقه‌های مفقودی در وزارت بهداشت کشور در نتیجه عدم توجه به بحران‌های بیولوژیکی به‌عنوان مهم‌ترین شاخص در عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت تعیین شد.



منطقه تا سال ۱۴۰۴ از طریق بهره‌برداری دانش موجود و تولید علم و فناوری، سرمایه‌گذاری پژوهش در علوم بنیادی به میزان ۲۵ درصد، در علوم کاربردی به میزان ۳۵ درصد، در علوم توسعه‌ای به میزان ۳۰ درصد و در پژوهش‌های بازار سلامت به میزان ۱۰ درصد، تولید ۲۰ هزار مقاله علوم پزشکی نمایه شده در سال و ثبت سالانه ۲۸۰ پتنت در حوزه سلامت، دستیابی به سهم ۲ درصد از بازار جهانی محصولات و خدمات در حوزه سلامت، دستیابی به سهم ۸۵ درصد از بازار داخل محصولات حوزه سلامت و اینکه در این نقشه، چهارده بار از کلمه بهره‌برداری دانش و چهار بار از کلمه ترجمان دانش استفاده شده است، همه و همه بر لزوم تحول عمیق در تمامی عرصه‌های نظام پژوهشی کشورمان دلالت دارد.

عدم دسترسی به تعداد بیشتری از خبرگان حوزه مورد بررسی، کمبود هزینه و زمان بابت بررسی کامل تمامی مضمون‌های اثرگذار بر موضوع پژوهش و عدم بهره‌گیری از نظرات خبرگان بین‌المللی (مصاحبه عمیق با خبرگان خارج از کشور) از جمله محدودیت‌هایی بودند که پیش روی پژوهش قرار داشتند.

### نتیجه‌گیری

مراحل مدل سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست و در نظر گرفتن شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نظام سلامت ایران عبارت‌اند از: انگیزه تدوین سیاست، آمادگی تدوین سیاست، تدوین سیاست، اجرای سیاست و ارزشیابی سیاست. هرکدام از این مراحل شامل سه گام اصلی و هر گام شامل چندین اقدام است. این مدل هم برای سیاست‌گذاری سلامت و هم برای تحلیل سیاست قابل استفاده است. همچنین، با استفاده از این مدل می‌توان با رویکرد گذشته‌نگر به تحلیل سیاست‌های سلامت موجود پرداخت و با رویکرد آینده‌نگر، داده‌های لازم را برای تدوین

سیاست‌های آتی فراهم نمود. مرحله انگیزه تدوین سیاست شامل گام‌های تهیه شواهد علمی، تعریف مسئله و ایجاد توافقات سیاسی است. در این مرحله با استفاده از شواهد عینی، وسعت و شدت مسئله و علل ریشه‌ای آن مشخص شده و توافقات سیاسی اولیه برای در دستور کار گذاری مسئله صورت می‌گیرد. مرحله آمادگی تدوین سیاست شامل گام‌های تشکیل دبیرخانه سیاست‌گذاری، تحلیل ذینفعان برای ایجاد ائتلاف قوی و در نهایت، حمایت‌طلبی برای تقویت سیاست‌گذاری است. مرحله تدوین سیاست شامل گام‌های در دستور کارگذاری مسئله، تدوین محتوای سیاست و قانون‌گذاری سیاست است. در این مرحله، مسئله تعریف و تحلیل شده، اهداف سیاستی تعیین می‌گردند، راهکارهای سیاستی حل مسئله ارائه شده، بهترین گزینه سیاستی انتخاب شده، دستورالعمل آن تدوین می‌گردد و در دولت و مجلس تصویب می‌گردد. مرحله اجرای سیاست شامل گام‌های پذیرش سیاست، تطبیق سیاست و اجرای سیاست است. در این مرحله، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی سیاست ابلاغی را دریافت نموده، برای اجرای آن متناسب با امکانات محلی، برنامه عملیاتی نوشته و اجرا می‌نمایند. مرحله ارزشیابی سیاست شامل گام‌های ارزشیابی ستاده‌های سیاست، ارزشیابی نتایج سیاست و ارزشیابی فرآیند سیاست‌گذاری است. در این مرحله ستاده‌ها و نتایج (خواسته و ناخواسته) حاصل از اجرای سیاست با استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکردی ارزشیابی شده و با اهداف سیاستی مقایسه می‌گردند. همچنین، کل فرآیند پنج مرحله‌ای سیاست‌گذاری با شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، اخلاق‌مداری، مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری ارزشیابی می‌گردند و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی به کار گرفته می‌گردد. (جدول ۶)

جدول ۶. مقایسه یافته‌های مرتبط‌ترین پژوهش‌های موجود در ادبیات نظری با یافته‌های پژوهش حاضر

پژوهش حاضر	Park and Gabbard. 2018	Park, et al. 2019	Kayesa, et al. 2020	Velásquez, et al. 2021	Abbas, 2021	Barlow and Stuckler . 2021	شماره ارجاعات	منبع
*	-	*	*	-	-	*	۱۶، ۱۱، ۸	سیاست‌گذاری
*	*	-	-	*	-	-	۲۶، ۱۵	مدیریت دانش
*	-	*	-	-	*	-	۱۶، ۹	مدیریت بحران
*	-	*	*	-	-	*	۱۶، ۱۱، ۸	سیاست‌گذاری سلامت
*	-	*	-	-	*	-	۱۶، ۹	بحران سلامت
*	*	-	*	*	-	-	۲۶، ۱۵، ۱۱	دانش سلامت
*	-	-	-	-	*	*	۹، ۸	مدیریت سلامت
*	*	-	*	*	-	-	۲۶، ۱۵، ۱۱	تولید دانش بومی و کاربردی
*	-	*	-	-	-	*	۱۶، ۸	بازیگران و نقش‌آفرینان سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	-	-	*	-	*	-	۱۱، ۹	محتوای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	*	-	-	*	-	-	۲۶، ۱۵	فرآیند سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	*	-	-	*	-	-	۲۶، ۱۵	زمینه و بستر سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	-	*	-	-	*	-	۱۶، ۹	عوامل ساختاری سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	-	-	*	-	-	*	۱۱، ۸	آموزش سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت
*	-	-	-	-	-	-	-	مطالعه موردی: وزارت بهداشت
*	-	-	*	-	*	-	۱۱، ۹	متدلوژی کیفی
*	-	-	-	-	-	-	-	روش تحلیل داده‌بنیاد
*	-	-	-	-	-	-	-	روش فراترکیب
*	-	-	-	-	-	-	-	نرم‌افزار MAXQDA
*	-	-	-	-	-	-	-	مصاحبه نیمه ساختاریافته
*	*	*	-	*	-	*	۲۶، ۱۶، ۱۵، ۸	اعتبارسنجی تحقیق (روایی)

جنبه‌های نوآوری پژوهش

است، شرح می‌دهد و به تصویر می‌کشد، و روابط مهم و بااهمیت بین جنبه‌های مختلف متغیرهای مؤثر بر پژوهش را آشکار و روشن می‌سازد (شکل ۱).

در اینجا، منظور از مدل نهایی پژوهش، مدلی است که واقعیت مدل پژوهش را نشان داده و جنبه‌های معین از دنیای واقعی را که در ارتباط با مسائل تحت مدل‌سازی

بخش سلامت را به یک اسفنج تشبیه می‌نمایند که مقادیر وسیعی از منابع ملی را جذب می‌نماید تا به پرسنل به کار گرفته شده در حیطه سلامت، پرداخت شود و برخی آن را به‌عنوان راننده اقتصاد برمی‌شمرند که ابداع و سرمایه‌گذاری در زمینه تکنولوژی‌های بیومدیکال یا تولید و فروش فرآورده‌های دارویی یا بیمه نمودن یک جمعیت سالم که از نظر اقتصادی، مولد هستند، از طریق آن انجام می‌گیرد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری خانم خدیجه حسینی پور است. تشکر صمیمانه خود را از استادان گروه مدیریت دانشگاه سیستان و بلوچستان، اعضای هیئت علمی مدیریت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی، کارکنان و مسئولان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و سایر بزرگوارانی که در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌گردد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

### منابع

1. Mir H., Investigating the effect of organizational communication components and knowledge sharing on crisis management in Farrokhi Sistani Technical College, the first international conference on management, accounting, banking, economy in the horizon of Iran 2014, 2017.
2. Wang, J., Ding, D., Liu, O., & Li, M. (2016). A synthetic method for



شکل ۱. مدل پژوهش

با توجه به برطرف نمودن خلأهای پژوهشی از قبیل: مدل‌سازی روابط بین محتوای سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت؛ زمینه و بستر سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت؛ بازیگران و نقش‌آفرینان سیاست‌های تولید دانش بومی برای مدیریت بحران سلامت، به‌صورت کیفی، می‌توان به نوآوری پژوهش حاضر در برطرف نمودن شکاف‌های پژوهشی مذکور پی برد زیرا در بسیاری از کشورها، بخش سلامت، بخش مهمی از اقتصاد است. برخی

- Press (Medical Science Education Development Center), Nooj Publishing.
8. Barlow, P. & D. Stuckler. 2021. Globalization and health policy space: Introducing the WTOhealth dataset of trade challenges to national health regulations at World Trade Organization, 1995–2016. *Social Science & Medicine* 2 March 2021.
  9. Abbas, Jaffar. 2021. Crisis management, transnational healthcare challenges and opportunities: The intersection of COVID-19 pandemic and global mental health. *Research in Globalization* Available online 23 February 2021.
  10. Kelly, Ann H. et al. 2020. Uncertainty in times of medical emergency: Knowledge gaps and structural ignorance during the Brazilian Zika crisis. *Social Science & Medicine* 7 January 2020.
  11. Kayesa, Naomi Karen & Maylene Shung-King. 2020. The role of document analysis in health policy analysis studies in low and middle-income countries: Lessons for HPA researchers from a qualitative systematic review. *Health Policy OPEN* 15 December 2020.
  12. Arends, Robin & Jenna Herman. 2020. Improving health policy competency through collaboration and enhanced curriculum delivery. *Journal of Professional Nursing* 22 September 2020.
  - knowledge management performance evaluation based on triangular fuzzy number and group support systems. *Applied Soft Computing Journal*, 39, 11-20.
  3. Poor Rostam structural models of influencing factors on crisis management, The 9th International Conference on Accounting Management Economics with Value Creation Approach, 2018
  4. Pourmusoi S.M., Darai M., Ferozpour A., Saadabadi A.A., A future research approach to developing a hyper-active crisis management strategy with an emphasis on community-centered, *Crisis Prevention and Management Knowledge Quarterly*, Volume 3, Number 1, 2013.
  5. Hosseini, M, Khanke, H.R, Sanaati, F, Malmier, E, Mohammadzakeri, S, Payrovi, Z, *Knowledge Management Status in Crisis Management Regarding Eiral Model, Health in Emergencies and Disasters*, 123-127, 2014.
  6. Boshara, M.A.E, Woods, P.C & N. E. M. Elshaiekh, N.E.M, *Sudan's approach to knowledge management in disaster management, WIT Transactions on The Built Environment*, Vol 150, 39-47, 2015.
  7. Nasrullahpour Shirvani, S.D. & Mouodi S., 2013, Evidence-based policymaking in the health system and its achievements and challenges in Iran. *Babol University of Medical Sciences*

- Implementation, Vol. 27, No. 5, 541-558, 2017.
19. Page, Kathleen R, et al. 2019. Venezuela's public health crisis: a regional emergency. *The Lancet* 11 March 2019.
20. Schaffer, Sierra & Parker O'Neill. 2021. Analysis and recommendations regarding surgeons' liabilities during an acute health crisis. *Legal Medicine* 7 April 2021.
21. Machado, Celso, et al. 2020. Public health in times of crisis: An overlooked variable in city management theories?. *Sustainable Cities and Society* 25 December 2020.
22. Riaz Mir,U, Hassan,S.S, Kosar, A.A,Kosar,R, New Knowledge Creation and Crisis Management Team's Performance, *Sci.Int. (Lahore)*, 28 (3), 2831-ISSN 1013-5316, 2836,2016.
23. Boshara,M.A.E, Woods,P.C & N. E. M. Elshaiekh,N.E.M, Sudan's approach to knowledge management in disaster management, *WIT Transactions on The Built Environment*, Vol 150,39-47,2015.
24. Zaki AM Abuzyead,Z.A, Fouad Sherif,Sh, The Impact of the Implementation the Concept of Knowledge Management on Security Crisis Management, *Review Pub Administration Manag* 5: 216. doi: 10.4172/2315-7844.1000216, ISSN: 2315-7844,2017
13. Noda, Hiroyuki, et al. 2021. Progress of public health policy regarding global infectious diseases over the past decade in Japan. *Journal of Infection and Chemotherapy* 17 January 2021.
14. González, Elysse Bautista, et al. 2020. Health-care guidelines and policies during the COVID-19 pandemic in Mexico: A case of health-inequalities. *Health Policy OPEN* 15 December 2020.
15. Velásquez, Ricardo, et al. 2021. Knowledge management in two universities before and during the COVID-19 effect in Peru. *Technology in Society*. Volume 64, February 2021, 101479.
16. Park, Sejin, et al. 2019. Information channel preference in health crisis: Exploring the roles of perceived risk, preparedness, knowledge, and intent to follow directives. *Public Relations Review* 4 June 2019.
17. Jiaa, Zh, Shia,Y, Jiab,Y, Lia, D, A Framework of Knowledge Management Systems for Tourism Crisis Management, *International Workshop on Information and Electronics Engineering*, Vol 29,138-143,2012.
18. Shahmoradi,L, Safadari,R, Jimma,W, Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review, *Knowledge Management*

- life sciences research communities: Differences between explicit and implicit knowledge. *Computers in Human Behavior*, Volume 78, January 2018, Pages 326-335.
25. Habibi A. Teaching the grounded theory method. Pars electronic publication of the manager, 2019.
26. Park, Jongsoon & Joseph L. Gabbard. 2018. Factors that affect scientists' knowledge sharing behavior in health and

Cite this article as:

Hosseinipour Kh, Vazifeh Z. Development of a Policy Model for the Production of Applied Knowledge in Health Management. *Sadra Med Sci J* 2023; 11(1): 77-90.