

Designing a public health service

Ali Reza SHabazi: Doctoral student of Public Administration Department, Shushtar Branch, Islamic Azad University, Shushtar, Iran. **email:** alinidc@yahoo.com

Foad Makvandi: Assistant Professor, Department of Public Administration, Shushtar Branch, Islamic Azad University, Shushtar, Iran. **email:** foad.makvandi@iau.ac.ir

Ghanbar Amirnejad: Associate Professor, Department of Public Administration, Tehran Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. **email:** g.amirnejad@yahoo.com

Vahid CHenari: Assistant Professor, Department of Public Administration, Shushtar Branch, Islamic Azad University, Shushtar, Iran. **email:** vahid.chenari@iau.ac.ir

Citizens' health largely depends on the policies and operational plans of health care providers. In this regard, the present study aimed to design a model of public health services. In this research, a mixed (qualitative-quantitative) approach has been used to design the model. The statistical population in the qualitative part of the research includes 29 specialists and university professors. The statistical population in the quantitative part of the research includes all students of Shushtar University of Medical Sciences (N = 183), from which a sample of 125 people was selected. Interviews and questionnaires were used to collect data. In the first step of the research, the specialized research interviews are coded using qualitative content analysis. In the next step, the partial least squares method is used to validate the model. Qualitative analysis was performed with MAXQDA software and partial least squares method was performed with Smart PLS software. Based on the results, six general structures were identified in relation to the future of public health services, which include improving the quality of health services, humanism, policy-making, strategic thinking in the health sector, justice-oriented and infrastructure. Validation of the model obtained using the partial least squares method showed that the proposed model has a good validity in explaining the factors affecting the improvement of the quality of health services. In general, the results obtained in this study show that focusing on five key components can provide the necessary basis for improving the quality of health services.

Keyword: Services, Public Health, Strategic Thinking, Calligraphy.

How to cite this paper: SHabazi, Ali Reza, Foad Macvandi, CHanbar Amirnejad, & Vahid Chenari. "Designing A Public Health Service". *Rasaneh*. 34, 133 (1402): 257-280. **[In persian]**

طراحی مدل خدمات سلامت عمومی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

نوشته

علیرضا شهبازی*

* * * فواد مکوندی

* * * * قنبر امیرنژاد

* * * * وحید چناری

چکیده

سلامت شهروندان تا حد زیادی به خط‌مشی‌گذاری‌ها و برنامه‌های عملیاتی متولیان نظام سلامت بستگی دارد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف طراحی مدل خدمات سلامت عمومی انجام شده است. در این تحقیق از رویکرد آمیخته (کیفی-کمی) برای طراحی الگو استفاده شده است. جامعه آماری در بخش کیفی پژوهش شامل ۲۹ نفر از متخصصان و استادان دانشگاه است. جامعه آماری در بخش کمی تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شوشتر است (N=183) که از این میان نمونه‌ای متشکل از ۱۲۵ نفر انتخاب شده است. از مصاحبه و پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. در نخستین گام پژوهش، به کدگذاری مصاحبه‌های تخصصی پژوهش با استفاده از تحلیل کیفی مضمون پرداخته شده است. در گام بعدی برای اعتبارسنجی مدل از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. تحلیل کیفی با نرم‌افزار MAXQDA و روش حداقل مربعات جزئی با نرم‌افزار Smart PLS انجام شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، شش دسته‌ساز کلی در رابطه با خدمات سلامت عمومی شناسایی شد که عبارت‌اند از بهبود کیفیت خدمات سلامتی، انسان‌گرایی، خط‌مشی‌گذاری، تفکر راهبردی در بخش سلامت، عدالت محوری و زیرساخت‌ها. اعتبارسنجی مدل به دست آمده با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی نشان داد که مدل پیشنهادی از اعتبار مطلوبی در تبیین عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی برخوردار است. در مجموع، نتایج به دست آمده در این تحقیق نشان می‌دهد که با تمرکز بر پنج دسته از مؤلفه‌های کلیدی می‌توان زمینه لازم را برای بهبود کیفیت خدمات بهداشت و درمان فراهم کرد.

کلیدواژه: خدمات، سلامت عمومی، تفکر راهبردی، خط‌مشی‌گذاری.

* دانشجوی دکتری گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران alinide@yahoo.com

** استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران foad.makvandi@iau.ac.ir

*** دانشیار گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

g.amirnejad@yahoo.com

**** استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران chenari@iau.ac.ir

نحوه استناد به این مقاله: شهبازی، علیرضا، فواد مکوندی، قنبر امیرنژاد، و وحید چناری. "طراحی مدل خدمات سلامت عمومی". رسانه. ۳۴، ۱۳۳ (۱۴۰۲): ۲۵۷ - ۲۸۰.

مقدمه

مفهوم خدمات عمومی در جهان و بالتبع در ایران همیشه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار بوده است. امروزه بهبود کیفیت در بخش خدمات از اهمیت ویژه‌ای نسبت به سایر بخش‌های اقتصادی برخوردار است و از آنجا که مؤسسه‌های دولتی بیشتر به ارائه خدمات می‌پردازند، این اهمیت در بخش عمومی دوچندان می‌شود. از آنجا که در سالیان اخیر توجه دولت‌ها به ارائه خدمات باکیفیت به مردم بیش از گذشته نمایان شده است، دولت‌ها مایل‌اند به منظور جلب اعتماد مردم و افزایش سرمایه اجتماعی، خدماتی ارائه کنند که رضایت مردم و شهروندان و سطح مشارکت آنان را در فعالیت‌های اجتماعی افزایش دهند (نجارزاده، ۱۴۰۰: ۲۲۲). همزمان با این تغییرها بخش دولتی نیز با انتظارات شهروندان تحصیل کرده روبه‌رو شد که خواستار خدمات باکیفیت بالاتری بودند. پاسخگویی به این چالش‌ها نیازمند برخورداری از شبه پارادایم‌های دولت الکترونیکی، حکمرانی خوب و خدمات عمومی نوین در سطح کلان جامعه است (وولکوک، ۲۰۱۸).

بهداشت و سلامت عمومی یکی از بخش‌های بسیار برجسته در نظام خدمات عمومی در تمام کشورها است. بهداشت عمومی به عنوان هنر و علم پیشگیری از بیماری، افزایش عمر و ارتقای سلامت از طریق تلاش‌های سازمان‌یافته جامعه تعریف شده است (تانگ و وانگ، ۲۰۲۱). هدف از تقویت ظرفیت‌ها و خدمات بهداشت عمومی، فراهم کردن شرایطی است که در آن افراد بتوانند سلامت خود را حفظ کنند، سلامت و رفاه خود را بهبود بخشند یا از به مخاطره افتادن سلامتی خود جلوگیری کنند. بهداشت عمومی، گذشته از ریشه‌کنی بیماری‌های خاص، بر کل طیف سلامت و رفاه خاص تمرکز می‌کند. خدمات بهداشت عمومی همچنین شامل ارائه خدمات شخصی به افراد، مانند واکسیناسیون، مشاوره رفتاری یا توصیه‌های بهداشتی است (آسمارا و راهایو، ۲۰۲۰).

یک تفاوت بزرگ میان کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه، از لحاظ دستیابی به نوآوری‌های بهداشت عمومی و مراقبت از سلامت وجود دارد. در کشورهای در حال توسعه، زیرساخت‌های بهداشت عمومی هنوز در مراحل اولیه شکل‌گیری هستند و ممکن است نیروی کار سلامت تربیت‌شده و منابع پولی کافی، در ارائه مراقبت‌های پزشکی و پیشگیری از بیماری حتی در سطح اولیه وجود نداشته باشد. بر این اساس، درصد بالایی از بیماری‌ها و مرگ‌ومیرها در جهان در حال توسعه حاصل فقر مطلق است و این فقر مطلق حتی به گسترش بیماری‌ها و مرگ‌ومیرها نیز کمک می‌کند (بیادوم و مک و د، ۲۰۱۸).

1. Woolcock
2. Tang & Wang
3. Asmara & Rahayu
4. Yiadom & McWade

این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی از تمام کشورها خواسته است تا برنامه‌های بلندمدتی را برای بهبود کیفیت خدمات سلامت و بهداشت عمومی طراحی کنند. با وجود این شواهد به دست آمده نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه، برنامه نظام‌مندی برای ارتقای وسعت و کیفیت خدمات سلامت عمومی وجود ندارد. این موضوع بیانگر نبود دیدگاه راهبردهای در دولت کشورهای در حال توسعه در رابطه با نظام خدمات سلامت عمومی است (رایمان^۱ و دیگران، ۲۰۲۰).

بسیاری از کارشناسان و صاحب‌نظران مدیریت بارها اعلام کرده‌اند که در اثر پیشرفت فناوری، بخش سلامت عمومی به سمت ارائه خدماتی اثربخش‌تر، هوشمندتر و شهروندمحور پیش خواهد رفت. روند تغییرهای اجتماعی و همچنین پیشرفت‌های فناوریانه حاکی از آن است که در آینده، تحول عظیمی در شکل و سرعت ارائه خدمات سلامت عمومی اتفاق خواهد افتاد (امامی و پیرزاد، ۱۳۹۹). دیجیتال شدن فرایندهای مختلف عمومی اعم از دادگاه‌های الکترونیکی، دولت الکترونیک، خدمات انتظامی دیجیتال، خدمات شهرداری دیجیتال و غیره، همگی نشانه‌هایی هستند مبنی بر اینکه روند ارائه خدمات عمومی تحول چشمگیری را تجربه خواهد کرد. با این حال آنچه تاکنون محقق شده، این است که حوزه خدمات سلامت عمومی فقط استفاده‌ای سطحی از پیشرفت‌های فناوریانه داشته است (جوانپرست^۲ و دیگران، ۲۰۱۹). شرایط اجتماعی و سیاسی جهان به سمتی پیش می‌رود که برنامه‌ریزی‌های دولتی در حوزه ارائه خدمات سلامت عمومی نیازمند یک بازنگری کلی است. برای آنکه دولت‌ها بتوانند خدمات بهداشتی-درمانی متناسب با نیازهای شهروندان ارائه دهند لازم است دیدگاهی بلندمدت در حوزه خدمات عمومی داشته باشند. این امر، ضرورت وجود یک دیدگاه راهبردی را، که مبتنی بر رصد دائمی تغییرهای محیط اجتماعی است، نشان می‌دهد (عرب زوزنی^۳، ۲۰۱۷).

با وجود این بر اساس شواهد فعلی جامعه و عملکرد دولت‌ها، این‌گونه به نظر می‌رسد که نگاهی بلندمدت در رابطه با برنامه‌ریزی خدمات سلامت و بهداشت عمومی در کشور وجود ندارد. در واقع بخشی از مشکلات فعلی کشور در حوزه خدمات سلامت و بهداشت نیز ناشی از این واقعیت است که بسیاری از برنامه‌ریزی‌های پیشین بدون توجه و پیش‌بینی آینده انجام شده است. به عبارت دیگر وضعیت فعلی کشور در حوزه ارائه خدمات بهداشتی، مبنی بر دیدگاه بلندمدت، چندان مطلوب نیست (احمدی‌زاد و دیگران، ۱۳۹۸).

از این رو لازم است مبحث تفکر راهبردی در بخش خدمات سلامت و بهداشت عمومی بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گیرد. این در حالی است که با توجه به ظرفیت بالای کشور از لحاظ نیروی انسانی متخصص می‌توان به شکل مؤثر در حوزه مطالعات راهبردی ورود کرد و از

1. Raimann
2. Javanparast
3. Arab-zozani

این طریق رصد شرایط فعلی و سناریوپردازی، وضعیت مطالعات راهبردی در بخش خدمات سلامت را به حالت ایدئال نزدیک‌تر کرد (تقوی فرد و دیگران، ۱۳۹۹).

بر این اساس، مسئله اصلی این تحقیق طراحی مدل خدمات سلامت عمومی است؛ رویکردی که مورد توجه سازمان بهداشت جهانی جهت برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات بهداشت و درمان نیز قرار گرفته است. در رابطه با اهمیت این پژوهش باید به این موضوع توجه شود که مطالعات راهبردی مقوله‌ای تئوریک و انتزاعی نیست و اساساً رویکردی کاربردی و عملیاتی دارد. از طریق چنین مطالعاتی می‌توان با مقایسه وضعیت مطلوب و محتمل، شکاف‌ها و کاستی‌های موجود در بخش خدمات بهداشتی را شناسایی کرد. بدیهی است با شناسایی وضعیت موجود بهتر می‌توان در راستای سیاست‌گذاری بخش خدمات بهداشتی برنامه‌ریزی کرد. در سطح گسترده‌تر نیز می‌توان مشکلات گسترده بهداشتی در سطح کشور و جهان، آسیب‌ها و بحران‌های ناشی از اجرای برخی از طرح‌های سلامت، ناکارایی طرح‌های اجرا شده در مواجهه با ظهور وضعیت‌های جدید و تأکید سازمان بهداشت جهانی بر بهبود کیفیت خدمات بهداشت عمومی را به عنوان یکی از کاربردهای مهم رویکرد راهبردی در حوزه سلامت عنوان کرد. در مجموع می‌توان سهم مطالعه حاضر را شناسایی عوامل بالقوه مؤثر در بهبود کیفیت خدمات درمانی و ترسیم یک شمای کلی از وضعیت خدمات بهداشتی و سلامتی در نظر گرفت. بنابراین و با این چشم‌انداز جامع می‌توان اثربخشی طرح‌های مرتبط با خدمات سلامت و بهداشت را به شکل قابل ملاحظه‌ای بهبود بخشید. سؤال‌های پژوهش حاضر به این شرح تدوین شده است:

- مهم‌ترین مؤلفه‌های دخیل در خدمات سلامت عمومی کدام‌اند؟
- هر یک از مؤلفه‌های احصاشده چه تأثیری بر اثربخشی اقدامات خدمات سلامت عمومی دارند؟
- آیا مدل نهایی خدمات سلامت عمومی از اعتبار و تعمیم‌پذیری کافی برخوردار است؟

پیشینه پژوهش

جوانی و کهزاد (۱۴۰۰)، مطالعه‌ای با عنوان "کنکاشی بر تأثیر بازاریابی محتوای رسانه‌های اجتماعی بر سلامت برند ورزشی"، انجام دادند. نتایج به دست آمده از تحلیل مصاحبه با خبرگان، نشان داد که تأثیر بازاریابی محتوای رسانه‌های اجتماعی بر سلامت برندهای ورزشی را می‌توان از طریق سه مفهوم آگاهی از برند، جایگاه‌یابی برند و وفاداری برند تبیین کرد. بنابراین، با گسترش رسانه‌ها می‌توان گفت، یکی از راه‌های توصیه‌شده به برندها، جهت تبادل اطلاعات و تعامل با مشتریان، بازاریابی محتوای رسانه‌های اجتماعی است که با افزایش سلامت برند، بستر لازم را برای تمایز آن، در میان رقبا فراهم می‌آورد.

مصطفوی کهنگی (۱۴۰۲) مطالعه‌ای با عنوان "نقش رسانه‌های شنیداری بر سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر (مورد مطالعه: شهروندان شهر تهران)" انجام داد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد رسانه شنیداری در افزایش سطح سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی در نمونه مورد بررسی با «مدت زمان استفاده» رابطه همسو و معنادار دارد، البته لزوماً مدت زمان استفاده از رسانه شنیداری منجر به افزایش سطح سلامت اجتماعی نمی‌شود؛ بلکه «سطح فراگیری» و «نحوه اطلاع‌دهی» رسانه زمانی که با اطمینان به رسانه همراه شود، در ارتقای سطح سلامت اجتماعی پاسخگویان مؤثر خواهد بود.

همت و دیگران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با عنوان "مروری بر مطالعات آینده‌پژوهی در حوزه فناوری اطلاعات سلامت"، از طریق بررسی ادبیات موجود به این نتیجه رسیدند که مطالعات آینده‌نگاری می‌تواند برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در حوزه فناوری اطلاعات سلامت به‌ویژه در سطح ملی مورد استفاده قرار گیرند.

کشاورز محمدی و دیگران (۱۳۹۲) مطالعه‌ای با عنوان "آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده" انجام دادند. با پیشرفت علم و فناوری، درک موجود از بیماری و سلامت و رویکرد متخصصان به آن دچار دگرگونی شد، لذا علوم بهداشتی نیز دچار تغییرهای تکمیلی و تطابقی مهمی شدند که از آن‌ها به عنوان انقلاب‌های علم بهداشت یاد می‌شود. در کشورهای پیشرفته این تغییر جهت، ابتدا از رویکرد خرافی به بیماری به رویکرد پزشکی (انقلاب اول بهداشت عمومی)، و سپس به رویکرد روان‌شناختی (انقلاب دوم بهداشت عمومی) متبلور شد. گزارش لالوند در سال ۱۹۷۴ و متعاقب آن انتشار اعلامیه آما آتا در سال ۱۹۷۸ با ارائه رویکرد جدید جامعه‌شناسانه به سلامت، به عنوان نقاط عطف انقلاب سوم بهداشت عمومی و موج اول علم ارتقای سلامت مطرح شدند.

گاریبالدی^۱ و دیگران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی آینده نظام سلامت عمومی در دوران پس از کرونا پرداختند. این مطالعه نشان داد که ظهور پاندمی کرونا بسیاری از نقاط ضعف نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته را مشخص و ضرورت بازنگری در برخی از بخش‌های نظام سلامت را خاطر نشان کرده است. همچنین در این مقاله بیان شده که افزایش شبکه روابط بین نظام‌های سلامت عمومی در کشورهای مختلف می‌تواند باعث افزایش اثربخشی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در تمام کشورها شود.

ورشورن^۲ و دیگران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای راجع به آینده پژوهشی نظام سلامت ۲۰۱۸: کاربردی بودن آینده‌نگاری در بخش سلامت، به توضیح مطالعات آینده‌نگاری و ضرورت آن در حوزه سلامت عمومی پرداختند. در این تحقیق به شکل موردی برنامه آینده پژوهشی

نظام سلامت که سال ۲۰۱۸ در آلمان انجام شده، مورد بررسی قرار گرفته و با مقایسه نتایج آن مشخص شد که سناریوهای پیش‌بینی شده در این برنامه از دقت بالایی برخوردار بوده‌اند. ییادوم و مک‌ود (۲۰۱۸) به بررسی تحولات نظام سلامت در کشور غنا به عنوان یک کشور در حال توسعه پرداختند. نظام بهداشت غنا مراقبت‌های اضطراری را، به عنوان یک مکمل ضروری برای مدل مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأیید کرده است. غنا زیرساخت‌های پزشکی اورژانسی را به سیستم مراقبت‌های بهداشتی خود اضافه کرده تا به تغییر مداوم در اپیدمیولوژی بیماری‌ها با شهرنشینی و افزایش سن جمعیت رسیدگی کند. سرمایه‌گذاری‌های غنا شامل مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی، آموزش پرسنل، تأمین منابع مراقبت‌های بهداشتی، بهبود ارتباطات، خدمات حمل‌ونقل و امکانات بهداشتی جدید است. این تغییرها با حمایت عمومی، مشارکت بین سازمان‌های بین‌المللی و ذینفعان داخلی و اقدام‌های چندین شخصیت سیاسی تأثیرگذار تقویت شد.

مبانی نظری پژوهش (چارچوب نظری)

بهداشت عمومی عبارت است از مجموعه دانش و هنر پیشگیری از بیماری و تأمین، حفظ و ارتقای تندرستی و توانمندی بشر با استفاده از تلاش دسته جمعی که منجر به توسعه جامعه شود (آزادیان و دیگران، ۱۴۰۰). این مفهوم در حوزه زندگی انسان گسترش یافته و به طریقی ضامن سلامت فرد و جامعه به‌شمار می‌رود. از این‌رو از دیدگاه جهانی مطابق تعریف استاندارد که سازمان جهانی بهداشت^۱ از سلامتی ارائه کرده است، میدان رسالت‌ها، سیاست‌ها و وظایف و فعالیت‌های بهداشت عمومی، جهان‌شمول شده و از فرد به سمت جامعه جهانی پیشروی می‌کند. از این دیدگاه، سلامت عبارت از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است که معنای آن تنها نبودن بیماری و نقص عضو نیست، بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌شود؛ لذا هرگونه نقص و آسیبی که به هر یک از این محورهای سه‌گانه وارد شود، تعادل فرد را بر هم زده و منجر به نبود سلامت می‌شود (فالسن^۲ و دیگران، ۲۰۲۱).

از لحاظ تاریخی، بذر بهداشت حدود ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح کاشته شد و در ۱۹۴۶ بعد از میلاد به عالی‌ترین ثمره خود دست یافت که تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بود و در آن هدف غایی بهداشت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بشری اعلام شده است. عمده‌ترین شاهراه تأمین و تضمین توسعه پایدار جوامع بشری برقراری کیفی سلامت افراد جامعه است. لذا رسالت و وظیفه اصلی بهداشت عمومی، استقرار تندرستی جامع و فراگیر و باکیفیت تک‌تک افراد جامعه است (احمدی زاد و دیگران، ۱۳۹۸).

1. World Health Organization - WHO
2. Fallesen

سلامت عمومی به عنوان «علم و هنر پیشگیری از بیماری، افزایش عمر و ارتقای سلامت از طریق تلاش سازمان یافته و انتخاب آگاهانه جامعه، سازمان‌های عمومی و خصوصی، جوامع و افراد» تعریف شده است. تجزیه و تحلیل عوامل تعیین‌کننده سلامت یک جمعیت و تهدیدهایی که با آن مواجه است، مبنایی برای سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود. عموم مردم می‌توانند به کوچکی تعداد انگشت‌شماری از مردم یا به بزرگی یک روستا یا کل شهر باشند. در صورت همه‌گیری ممکن است چندین قاره را در برگیرد. مفهوم سلامت عمومی، مسائلی چون بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی را در نظر می‌گیرد (بولگ، ۲۰۲۱).

بهداشت عمومی با سلامت جهانی مرتبط است که به عنوان منطقه مطالعه، که اولویت را بر بهبود سلامت و دستیابی به برابری در «سلامت برای همه» مردم در سراسر جهان قرار می‌دهد، تعریف شده است (آسمارا و راهیو، ۲۰۲۰). متخصصان سلامت عمومی سعی می‌کنند از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی، توصیه سیاست‌ها، اجرای خدمات و انجام تحقیقات از بروز یا عود مشکلات جلوگیری کنند؛ برخلاف متخصصان بالینی مانند پزشکان و پرستاران که در درجه اول بر درمان افراد پس از بیماری یا مجروح شدن تمرکز می‌کنند. سلامت عمومی همچنین برای محدود کردن نابرابری‌های بهداشتی کار می‌کند. بخش بزرگی از سلامت عمومی شامل ارتقای برابری، کیفیت و دسترسی مراقبت‌های بهداشتی است (چن، ۲۰۲۲).

از آغاز تمدن بشری، جوامع به ترویج سلامتی و مبارزه با بیماری در سطح جمعیت پرداختند. در جوامع پیچیده و ماقبل صنعتی، مداخله‌هایی برای کاهش خطرات سلامتی طراحی شده که می‌تواند ابتکار ذینفعان مختلف، مانند ژنرال‌های ارتش، روحانیون یا حاکمان باشد. بریتانیای کبیر به دلیل اینکه اولین کشور شهر مدرن در سرتاسر جهان بود، در قرن نوزدهم در توسعه ابتکارات بهداشت عمومی پیشرو شد.

ابتکارات بهداشت عمومی که ظهور کردند در ابتدا بر بهداشت (برای مثال، سیستم‌های فاضلاب لیورپول و لندن)، کنترل بیماری‌های عفونی (از جمله واکسیناسیون و قرنطینه) و زیرساخت‌های در حال تکامل علوم مختلف (برای مثال آمار، میکروبیولوژی، اپیدمیولوژی، علوم مهندسی) متمرکز بودند (روزن، ۲۰۱۵). سلامت عمومی شامل هر دو بخش سلامت جسمی و روانی می‌شود. با داشتن سلامت عمومی به راحتی می‌توان با استرس و فشارهای روزمره مقابله کرده و در شغل و تحصیل خود موفقیت به دست آورد. امروزه سلامت عمومی به یکی از کلیدی‌ترین مباحث در حوزه خط‌مشی‌گذاری دولتی تبدیل شده است (پورتر، ۲۰۲۰).

1. Bowleg
2. Chen
3. Rosen
4. Porter

روش‌شناسی پژوهش

نظر به اینکه هدف اصلی از انجام این تحقیق طراحی مدل خدمات سلامت عمومی است، می‌توان گفت پژوهش حاضر از نظر هدف در حیطه تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. از سوی دیگر با توجه به اینکه در این پژوهش از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای و نیز روش‌های میدانی نظیر پرسشنامه استفاده شده است، می‌توان بیان کرد که پژوهش حاضر بر اساس ماهیت و روش، یک پژوهش توصیفی - تفسیری است که با رویکرد آمیخته انجام شده است. در پژوهش حاضر ابتدا با استفاده از رویکرد کیفی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل خدمات سلامت عمومی شناسایی و مدل اولیه تحقیق طراحی شده است. در گام بعدی، بر اساس اطلاعات به دست آمده نسبت به اعتبارسنجی مدل اقدام شد (رویکرد کمی).

در نخستین گام پژوهش، به کدگذاری مصاحبه‌های تخصصی پژوهش با استفاده از تحلیل کیفی مضمون (تم) پرداخته، در گام بعدی نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی ارائه و در نهایت برای اعتبارسنجی مدل از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. تحلیل کیفی نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA و روش حداقل مربعات جزئی با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS انجام شده است.

جامعه آماری این تحقیق شامل متخصصان و استادان دانشگاه در رشته‌های پزشکی، مدیریت دولتی و بهداشت عمومی است که مقاله‌های معتبر ISI یا علمی - پژوهشی در حوزه الگوهای خدمات بهداشت عمومی داشته باشند و حداقل دارای درجه استادیاری باشند. حجم نمونه شامل ۲۹ نفر است (۲۳ نفر از دانشگاه علوم پزشکی شوشتر و ۶ نفر از استادان دانشگاه آزاد شوشتر در حوزه مدیریت دولتی) که با روش نمونه‌گیری هدفمند غیر تصادفی و استفاده از تکنیک گلوله برفی انتخاب شدند. علت استفاده از این تکنیک، اجتناب از سوگیری ذهنی محقق در انتخاب خبرگان بوده است.

در فاز دوم تحقیق (بخش کمی)، جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شوشتر است که مقاله‌های معتبر ISI یا علمی - پژوهشی در حوزه الگوهای مدیریت دولتی و خدمات عمومی داشته باشند (N=183)، با استفاده از فرمول مورگان تعداد نمونه مورد نیاز محاسبه شد و از طریق روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی با تسهیم متناسب نیز، نمونه‌های نهایی انتخاب شد.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right]} = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}}{1 + \frac{1}{183} \left[\frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} - 1 \right]} \approx 125$$

بنابراین نمونه‌ای به حجم ۱۲۵ نفر انتخاب شده است.

برای گردآوری داده‌های اولیه و اطلاعات جهت تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش از روش میدانی استفاده شده است. ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در بخش میدانی شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته (در بخش کیفی) و پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر طیف پنج‌درجه لیکرت (در بخش کمی) بوده است.

در بخش کیفی تحقیق، برای کدبندی، متن هر مصاحبه قطعه‌بندی شد و برای هر قطعه (مبنای قطعه معنا، محتوا و مضمونی بود که هدف پژوهش را پوشش می‌داد) یک کد در نظر گرفته شد و نام هر کد را به گونه‌ای انتخاب کردیم که به صورت عینی و دقیق توصیف‌کننده قطعه مشخص شده باشد. نتیجه این مرحله شناسایی تعداد زیادی کد بود که بین آن‌ها مفاهیم و معانی مشترک زیادی وجود داشت. این کدها پس از چندین بار غربال شدن و با ملاحظه شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر ادغام شد که حاصل آن استخراج زیرمقوله‌ها و مقوله‌ها بود. برای تحلیل یافته‌های بخش کیفی از نرم‌افزار MaXQDA استفاده شده است.

در بخش کمی این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. بخش اول شامل سؤال‌های جمعیت‌شناختی جهت شناسایی ویژگی‌های دموگرافیک نمونه است. بخش دوم شامل سؤال‌های تخصصی است. در این پژوهش برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی و روایی سازه (تحلیل عاملی تاییدی) استفاده شده است. همچنین برای سنجش پایایی از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. روش‌های آماری مورد استفاده در بخش کمی پژوهش را می‌توان به دو دسته روش‌های آماری استنباطی و روش‌های آماری توصیفی تقسیم کرد. برای بررسی و توصیف ویژگی‌های عمومی پاسخ‌دهندگان از روش‌های آمار توصیفی مانند جداول توزیع فراوانی و میانگین استفاده شده است. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی و نرم‌افزارهای EXCEL، SPSS و Smart PLS صورت گرفته است.

یافته‌های پژوهش

تحلیل محتوای کیفی با رویکرد تحلیل مضمون در شش مرحله متوالی انجام شد. پژوهش حاضر با بررسی و دسته‌بندی کدهای توصیفی حاصل از متون مصاحبه، ۱۴۰ مقوله فرعی را شناسایی کرد و با توجه به شباهت و قرابت معنایی آن‌ها را در مفاهیم اصلی شامل اصلاح نظام اداری بخش سلامت، بهبود و تجهیز زیرساخت‌های بهداشت و سلامت، افزایش مراکز درمانی، بسترسازی خدمات درمانی الکترونیک، حفظ کرامت انسانی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان، توجه به کارکنان خدمات بهداشت و درمان، نظام اخلاق تأمین خدمات بهداشت و درمان، نقش مدیران دولتی، آموزش و بهسازی نیروی انسانی بخش سلامت، حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق شهروندی، عدالت توزیعی در ارائه خدمات بهداشت و درمان،

عدالت رویه‌ای در ارائه خدمات بهداشت و درمان، افزایش توجه به مناطق محروم، حق بیمه درمانی برای کلیه شهروندان، رصد بازخورد خدمات بهداشت و درمان، شناسایی نقاط ضعف و قوت نظام سلامت، سناریوپردازی، تدوین نقشه جامع سلامت کشور، رصد فعالیت‌های نظام سلامت در سایر کشورها و الگوبرداری، افزایش مشارکت دولتی - خصوصی در بخش بهداشت، بسترسازی ساختارهای افقی، شبکه‌سازی در نظام بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت بهداشت، تأمین مالی بخش بهداشت و درمان، حکمرانی خوب در خدمات بهداشت و درمان، ارائه خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای جهانی، افزایش دسترسی شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر، تاب‌آوری در برابر حوادث غیر منتظره (اپیدمی، حوادث طبیعی و غیره) دسته‌بندی کرده است. این مقوله‌ها در چارچوب شش دسته مقوله‌های عمومی (سازمان‌دهنده) دسته‌بندی شدند.

در رابطه با مقوله فراگیر «زیرساخت‌ها»، مقوله‌های سازمان‌دهنده شامل اصلاح نظام اداری بخش سلامت، بهبود و تجهیز زیرساخت‌های بهداشت و سلامت، افزایش مراکز درمانی، و بسترسازی خدمات درمانی الکترونیک شناسایی شد. در رابطه با «انسان‌گرایی» مقوله‌های سازمان‌دهنده شامل حفظ کرامت انسانی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان، توجه به کارکنان خدمات بهداشت و درمان، نظام اخلاق تأمین خدمات بهداشت و درمان، نقش مدیران دولتی، آموزش و بهسازی نیروی انسانی بخش سلامت، و حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق شهروندی شناسایی شدند. در رابطه با «عدالت‌محوری»، چهار دسته از مقوله‌های سازمان‌دهنده شامل عدالت توزیعی در ارائه خدمات بهداشت و درمان، عدالت رویه‌ای در ارائه خدمات بهداشت و درمان، افزایش توجه به مناطق محروم، و خدمات بیمه درمانی برای کلیه شهروندان شناسایی شدند.

در رابطه با مقوله فراگیر «تفکر راهبردی در بخش سلامت»، مقوله‌های سازمان‌دهنده رصد بازخورد خدمات بهداشت و درمان، شناسایی نقاط ضعف و قوت نظام سلامت، سناریوپردازی، بازنگری و به‌روزرسانی، و رصد فعالیت‌های نظام سلامت در سایر کشورها و الگوبرداری شناسایی شدند. در رابطه با «خط‌مشی‌گذاری» مقوله‌های سازمان‌دهنده شامل افزایش مشارکت دولتی - خصوصی در بخش بهداشت، بسترسازی ساختارهای افقی، شبکه‌سازی در نظام بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت بهداشت، تأمین مالی بخش بهداشت و درمان، و حکمرانی خوب در خدمات بهداشت و درمان شناسایی شدند. در نهایت در رابطه با «بهبود کیفیت خدمات آتی نظام سلامت»، مقوله‌های سازمان‌دهنده ارائه خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای جهانی، افزایش دسترسی شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر، و تاب‌آوری در برابر حوادث غیر منتظره (اپیدمی، حوادث طبیعی و غیره) شناسایی شدند.

جدول ۱. مقوله‌های فراگیر و سازمان‌دهنده احصاشده

سازمان‌دهنده	فراگیر
اصلاح نظام اداری بخش سلامت	زیرساخت‌ها
بهبود و تجهیز زیرساخت‌های بهداشت و سلامت	
افزایش مراکز درمانی	
بسترسازی خدمات درمانی الکترونیک	
حفظ کرامت انسانی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان	انسان‌گرایی
توجه به کارکنان خدمات بهداشت و درمان	
نظام اخلاق تأمین خدمات بهداشت و درمان	
نقش مدیران دولتی	
آموزش و بهسازی نیروی انسانی بخش سلامت	
حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق شهروندی	عدالت‌محوری
عدالت توزیعی در ارائه خدمات بهداشت و درمان	
عدالت رویه‌ای در ارائه خدمات بهداشت و درمان	
افزایش توجه به مناطق محروم	
خدمات بیمه درمانی برای کلیه شهروندان	تفکر راهبردی در بخش سلامت
رصد بازخورد خدمات بهداشت و درمان	
شناسایی نقاط ضعف و قوت نظام سلامت	
سناریوپردازی	
بازنگری و به‌روزرسانی	
رصد فعالیت‌های نظام سلامت در سایر کشورها و الگوپردازی	خط‌مشی‌گذاری
افزایش مشارکت دولتی-خصوصی در بخش بهداشت	
بسترسازی ساختارهای افقی	
شبکه‌سازی در نظام بهداشت و درمان	
کوچک‌سازی وزارت بهداشت	
تأمین مالی بخش بهداشت و درمان	
حکمرانی خوب در خدمات بهداشت و درمان	

ارائه خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای جهانی	بهبود کیفیت خدمات آبی نظام سلامت
افزایش دسترسی شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی	
افزایش امید به زندگی	
کاهش مرگ و میر	
تاب آوری در برابر حوادث غیر منتظره (اپیدمی، حوادث طبیعی و غیره)	

جهت محاسبه پایایی با روش توافق درون موضوعی از دو کدگذار (یکی از همکاران در حوزه مربوطه) درخواست شد تا در این حوزه به عنوان همکار پژوهشی مشارکت کنند. درصد توافق درون موضوعی که به عنوان شاخص پایایی مورد استفاده قرار گرفت، به صورت زیر محاسبه شد.

$$100\% \times \text{تعداد کل داده‌ها} / \text{تعداد توافقات} \times 2 = \text{درصد پایایی بازآزمون}$$

جدول ۲. درصد پایایی دو کدگذار

مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافقاها	تعداد عدم توافقاها	درصد پایایی دو کدگذار
مصاحبه ۸	۸۶	۲۲	۷	۵۲
مصاحبه ۱۶	۵۵	۱۵	۳	۵۴
مصاحبه ۲۷	۳۹	۱۷	۱۰	۸۷
کل	۱۸۰	۵۵	۲۰	۶۱

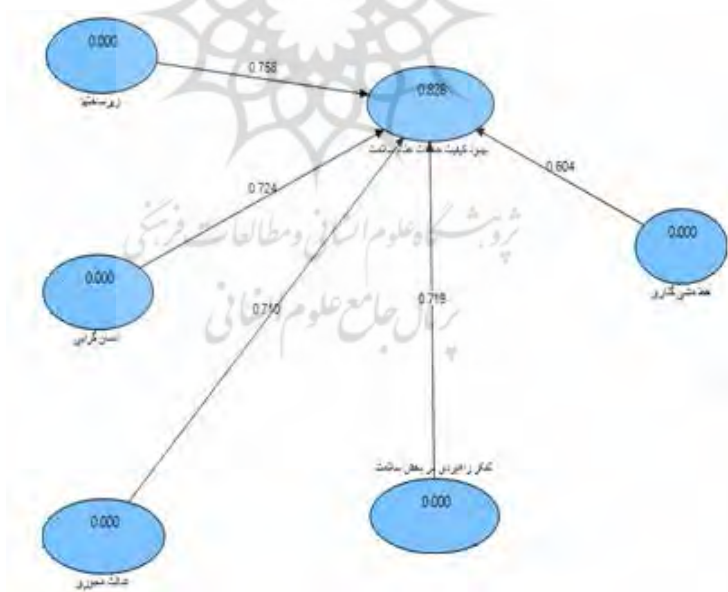
با استناد به جدول ۲ و با توجه به اینکه درصد پایایی دو کدگذار بیش از ۶۰ درصد به دست آمد، پایایی آزمون مورد قبول است.

برای اعتبارسنجی مدل بلندمدت خدمات سلامت عمومی در ایران از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. در نخستین گام از اعتبارسنجی مدل، روایی سازه مورد بررسی قرار گرفت. روایی سازه ارتباط گویه‌ها یا همان سؤال‌های پرسشنامه را با سازه‌ها مورد بررسی قرار می‌دهد. در واقع تا ثابت نشود پرسش‌های پرسشنامه، متغیرهای پنهان را به خوبی اندازه‌گیری کرده‌اند، نمی‌توان روابط را مورد آزمون قرار داد. بار عاملی در تمام موارد بیش از ۰/۷ به دست آمده و آماره t نیز بزرگ‌تر از ۱/۹۶ به دست آمد که این یافته‌ها، روایی سازه را تأیید می‌کند. در ادامه به ارزیابی روایی همگرا، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی پرداخته شد (جدول ۴). همچنین جذر AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل به دست آمد که روایی و اگرایی مدل را تأیید می‌کند.

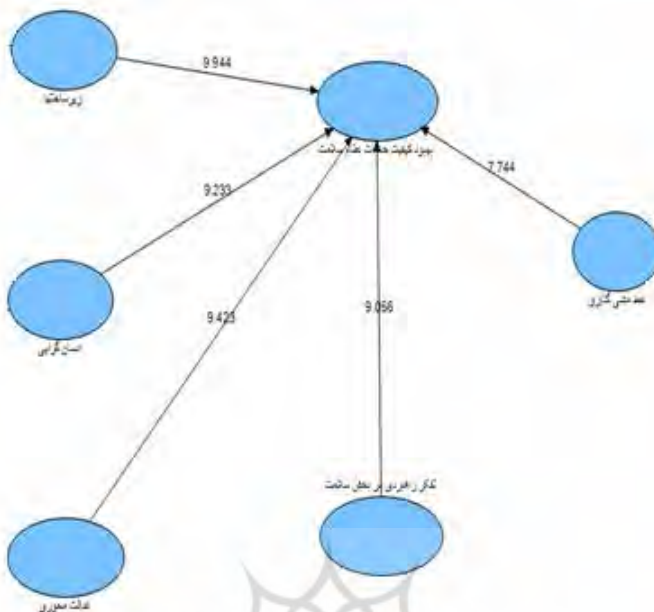
جدول ۳. روایی و پایایی سازه‌های پژوهش

سازه	AVE	پایایی ترکیبی	الفای کرونباخ
زیرساخت‌ها	۰/۶۸۸	۰/۹۲۹	۰/۹۰۹
انسان‌گرایی	۰/۶۴۷	۰/۸۹۷	۰/۸۴۹
عدالت‌محوری	۰/۶۵۵	۰/۹۰۴	۰/۸۶۸
تفکر راهبردی در بخش سلامت	۰/۶۲۴	۰/۹۰۴	۰/۸۶۹
خط‌مشی‌گذاری	۰/۷۹۱	۰/۹۳۸	۰/۹۱۱
بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت	۰/۸۲۸	۰/۹۵۰	۰/۹۳۰

رابطه متغیرهای مورد بررسی در هر یک از فرضیه‌های پژوهش بر اساس یک ساختار علی با تکنیک حداقل مربعات جزئی PLS آزمون شده است. مدل کلی پژوهش در شکل ۱ نمایش داده شده است. در این مدل که خروجی نرم‌افزار Smart PLS است، خلاصه نتایج مربوط به بار عاملی استاندارد متغیرها ارائه شده است. آماره t و مقدار بوت استرپینگ برای سنجش معناداری روابط نیز در شکل ۲ آمده است.



شکل ۱. تکنیک حداقل مربعات جزئی مدل مفهومی پژوهش



شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش (مقدار آماره t با بوت‌استرپینگ)

در نهایت برازش مدل بیرونی مورد بررسی قرار گرفته است. بخش ساختاری مدل برخلاف مدل‌های اندازه‌گیری، به پرسش‌ها و متغیرهای آشکار مدل کاری ندارد و تنها به متغیرهای پنهان و روابط میان آن‌ها توجه می‌کند. در این پژوهش برای برازش مدل ساختاری از شاخص ضریب تعیین (R^2) شاخص و Q^2 شاخص GOF استفاده شده است.

ضریب تعیین (R^2) معیاری است که بیانگر میزان تغییرات هر یک از متغیرهای وابسته مدل است که به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. مقدار ضریب تعیین بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت ۰/۸۲۸ گزارش شده که مقدار قابل قبولی است.

معیار استون-گیزر^۱ یا شاخص Q^2 قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد. شاخص ضریب تعیین (R^2) دقت پیش‌بینی را مشخص می‌کند و شاخص Q^2 رابطه‌مند بودن پیش‌بینی را تعیین می‌کند. چنانچه مقدار شاخص استون-گیزر مثبت باشد، روایی پیش‌بینی مورد تأیید است. با استفاده از این تکنیک دو شاخص روایی به دست می‌آید:

روایی متقاطع افزونگی^۲ (CV-Red)

روایی متقاطع اشتراکی^۳ (CV-Com)

1. Stone-Geisser
2. Cross-validated Redundancy
3. Cross-validated Communnality

جدول ۴. مقادیر روایی مقاطع افزونگی و اشتراکی

متغیر	افزونگی	اشتراکی
زیر ساخت‌ها	۰/۶۴۴	۰/۶۴۴
انسان‌گرایی	۰/۵۵۹	۰/۵۵۹
عدالت‌محوری	۰/۶۹۶	۰/۶۹۶
تفکر راهبردی در بخش سلامت	۰/۴۷۰	۰/۴۷۰
خط مشی‌گذاری	۰/۴۷۴	۰/۴۷۴
بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت	۰/۵۱۴	۰/۴۸۷

اعداد مثبت نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل هستند. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، این مقادیر برای تمام سازه‌های پژوهش مثبت و همچنین مقادیر متغیرها عموماً در رنج بزرگ‌تر از ۰/۳۵ به دست آمده است. بنابراین قدرت پیش‌بینی سازه‌های پژوهش، متوسط تا قوی برآورد می‌شود. شاخص GOF برابر ۰/۶۸۰ به دست آمده، بنابراین مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده، شش دسته سازه کلی در رابطه با خدمات سلامت عمومی شناسایی شد که عبارت از بهبود کیفیت خدمات سلامتی، انسان‌گرایی، خط‌مشی‌گذاری، تفکر راهبردی در بخش سلامت، عدالت‌محوری و زیرساخت‌ها است.

نخستین سازه شناسایی شده، بهبود کیفیت خدمات سلامتی است. این سازه به کلیه اقدام‌های انجام‌شده جهت سناریوپردازی و بهبود کیفیت خدمات آتی در حوزه سلامت و بهداشت اشاره دارد. در رابطه با این سازه، مولفه‌هایی شامل ارائه خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای جهانی، افزایش دسترسی شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر و تاب‌آوری در برابر حوادث غیرمنتظره (اپیدمی، حوادث طبیعی و غیره) شناسایی شد. تحلیل مقایسه‌ای این نتایج با مطالعات بین‌المللی حاکی از آن است که همراستایی به نسبت نزدیکی بین یافته‌ها وجود دارد. برای مثال در مطالعه دهویه و دیگران (۱۳۹۷)، فلاجتا و دیگران (۲۰۲۰) و لگی و دیگران (۲۰۲۱) به نقش بهبود کیفیت خدمات سلامتی اشاره شده که یکی از هدف‌گذاری‌های اصلی در پروژه‌های طراحی نظام سلامت است.

1. Falchetta
2. Lge

در مطالعات دیگر نیز به این موضوع اشاره شده که علاوه بر گسترش خدمات درمانی، بحث بهبود کیفیت نیز باید مورد توجه قرار گیرد (اکبر و جایا، ۲۰۱۷؛ ایزدی و دیگران، ۱۳۹۶). در واقع همان‌گونه که سازمان بهداشت جهانی نیز اعلام کرده است، ارتقای سطح کیفیت خدمات بهداشت عمومی مهم‌ترین هدف در کلیه برنامه‌های بهداشت عمومی قلمداد می‌شود. با توجه به اینکه در حال حاضر وضعیت خدمات درمانی کشور فاصله به نسبت زیادی با استانداردهای جهانی دارد، لازم است در برنامه‌ریزی‌های کلان نظام سلامت کشور به مقوله بهبود کیفیت خدمات توجه بیشتری شود. انسان‌گرایی یکی دیگر از سازه‌های اصلی شناسایی شده در پژوهش حاضر است. در رابطه با انسان‌گرایی می‌توان به مؤلفه‌هایی چون حفظ کرامت انسانی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمان، توجه به کارکنان خدمات بهداشتی و درمان، آموزش و بهسازی نیروی انسانی بخش سلامت، و توجه حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق شهروندی اشاره کرد. حفظ کرامت انسانی، اگرچه در ظاهر مقوله‌ای در حوزه اخلاق و مطالعات دینی به نظر می‌رسد، اما در تمام نظام‌های سلامت و درمان دنیا مورد توجه قرار گرفته است؛ به شکلی که رعایت کرامت انسان، یکی از حقوق بشری، چه در رابطه با شهروندان و چه در رابطه با مهاجران و نخستین مؤلفه در ارائه خدمات بهداشتی و درمان قلمداد می‌شود (لوبرس و گیزبرتس، ۲۰۱۹).

مؤلفه دیگری که در پژوهش حاضر شناسایی شده است، نظام اخلاق تأمین خدمات بهداشتی است که بیانگر جنبه‌های اخلاقی در اجرای خدمات سلامت عمومی است. این مؤلفه نیز در مطالعات محققان دیگر مورد اشاره قرار گرفته است (رایمان و دیگران، ۲۰۲۰؛ گولارت و ری، ۲۰۱۹). مؤلفه دیگری که ذیل انسان‌گرایی تعریف می‌شود، توجه به کارکنان بخش سلامت است؛ با توجه به اینکه اجرای پروژه‌های خدمات سلامت عمومی توسط کارکنان صورت می‌گیرد، لذا توجه به آنها از اهمیت بالایی برای بهبود کیفیت خدمات سلامت برخوردار است. این یافته با نتایج محققان دیگر (رامزنی، ۱۳۹۷) مطابقت دارد.

عدالت‌محوری مؤلفه دیگری است که در رابطه با پروژه‌های خدمات سلامت عمومی شناسایی شده است. در رابطه با عدالت‌محوری می‌توان به مؤلفه‌هایی عدالت توزیعی در ارائه خدمات بهداشتی و درمان، عدالت رویه‌ای در ارائه خدمات بهداشتی و درمان، افزایش توجه به مناطق محروم، و خدمات بیمه درمانی برای کلیه شهروندان اشاره کرد. بررسی تطبیقی مطالعات حوزه خدمات سلامت نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه‌یافته، عدالت‌محوری محور اصلی کلیه برنامه‌های خدمات سلامت عمومی را تشکیل می‌دهد. در مطالعات مختلف نیز به اهمیت عدالت توزیعی و رویه‌ای در ارتقای نظام سلامت اشاره شده است. برای

مثال، در مطالعه فالسن (۲۰۲۱) گزارش شده است که برنامه‌های خدمات سلامت عمومی در کشورهای آمریکای شمالی و اروپا بر پایه عدالت در ارائه خدمات به طبقات مختلف جامعه شکل گرفته‌اند. برقراری عدالت در ارائه خدمات عمومی سلامتی باعث افزایش اثربخشی نظام سلامت در کشور می‌شود که یکی از مهم‌ترین پیشایندها در بهبود کیفیت خدمات سلامت و درمان محسوب می‌شود. در مطالعات داخل کشور نیز (عامری، ۱۳۹۷) به اهمیت عدالت در بهبود خدمات بهداشت و درمان اشاره شده است.

زیرساخت‌های خدمات عمومی سلامت مؤلفه دیگری است که در این پژوهش شناسایی شده است. ساختارهای خدمات عمومی شامل مجموعه زیرساخت‌های فنی و مدیریتی است که زمینه لازم را برای بهبود کیفیت خدمات بهداشت و سلامت عمومی فراهم می‌آورد. توسعه زیرساخت‌ها در نظام سلامت یکی از اساسی‌ترین و ماندگارترین سرمایه‌گذاری‌ها برای بهبود کیفیت بهداشتی محسوب می‌شود. بدیهی است که موفقیت یک دولت در ارائه خدمات سلامت عمومی تا حد زیادی به وجود زیرساخت‌ها برای تأمین نیازهای شهروندان بستگی دارد و این امر مستلزم تلاش دولت‌ها در راستای فراهم کردن زیرساخت‌های لازم است. در تحلیل تطبیقی نتایج این پژوهش و پروژه‌های خدمات عمومی در سایر نقاط جهان نیز مشاهده می‌شود که به مقوله‌هایی چون بسترسازی خدمات درمانی الکترونیک (شوئنوالد^۱ و دیگران، ۲۰۰۸)، تلاش برای فراهم آوردن تجهیزات درمانی (کاپولوگو^۲ و دیگران، ۲۰۲۰) و افزایش تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی (لگی و دیگران، ۲۰۲۱) اشاره شده است.

در رابطه با تفکر راهبردی مؤلفه‌هایی شامل رصد بازخورد خدمات بهداشت و درمان، شناسایی نقاط ضعف و قوت نظام سلامت، سناریوپردازی، بازنگری و به‌روزرسانی نقشه جامع سلامت کشور، رصد فعالیت‌های نظام سلامت در سایر کشورها و الگوبرداری شناسایی شد. تفکر راهبردی بر رصد دائمی شرایط درونی و پیرامونی، شناسایی نقاط ضعف و قوت و برنامه‌ریزی عملیاتی بلندمدت برای به حداکثر رساندن اثربخشی خدمات بهداشت و درمان تأکید دارد. در رابطه با اهمیت تفکر راهبردی در نظام سلامت، مطالعات پیشین بر این واقعیت تأکید داشته‌اند که منابع موجود برای ارائه خدمات درمانی محدود هستند؛ پاسخ ممکن به این محدودیت منابع، افزایش تعهد به تخصیص منابع بر اساس یک رویکرد منطقی، با استفاده از یک برنامه‌ریزی راهبرد سلامت کارآمد است (معمایی و دیگران، ۱۳۹۲). نتایج حاصل از مطالعات میدانی نیز نشان می‌دهند که تفاوت و اصلاح محسوس مشکلات در استقرار کیفیت خدمات درمانی پس از تدوین و اجرای برنامه‌ریزی راهبردی بیانگر اهمیت برخورد با مشکلات به صورت هدفمند و تدوین و اجرای برنامه‌ریزی راهبردی است (عزیزی و دیگران، ۱۳۹۷).

1. Schoenwald
2. Kapologwe

در این پژوهش در رابطه با خط‌مشی‌گذاری‌های نظام سلامت، مؤلفه‌هایی شامل افزایش مشارکت دولتی - خصوصی در بخش بهداشت، بسترسازی ساختارهای افقی، شبکه‌سازی در نظام بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت بهداشت، تأمین مالی بخش بهداشت و درمان و حکمرانی خوب در خدمات بهداشت و درمان شناسایی شد. حکمرانی خوب یکی از مؤلفه‌های شناخته‌شده در حوزه سیاست‌گذاری به طور عام و خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت به شکل خاص است که بر شاخص‌هایی همچون شفافیت نظام، اثربخشی خدمات، مشارکت، قانون‌مداری و غیره تأکید دارد. حکمرانی خوب در دو دهه اخیر توجه محافل علمی و بین‌المللی جهان را به خود معطوف کرده است؛ نوعی حکمرانی که متعهد به حمایت و ارتقای سلامت انسان است (آزادیان و دیگران، ۱۴۰۰). تجربه به دست آمده از کشورهای دیگر نیز نشان می‌دهد که پیروی از اصول حکمرانی خوب نقش مؤثری در بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت دارد (سودارشان و پراشانث، ۲۰۱۱؛ صدیقی^۱ و دیگران، ۲۰۰۹).

از سوی دیگر مشکلات مالی یکی از معضلات مهم فعلی در نظام سلامت کشور به‌شمار می‌رود که لازم است سیاست‌گذاری‌هایی برای بهبود تأمین مالی در نظام سلامت انجام شود. همچنین مشارکت بخش خصوصی در امور خدمات درمانی می‌تواند به بهبود کارآمدی نظام سلامت کمک شایانی کند؛ مقوله‌ای که در مطالعات پیشین نیز مورد تأکید قرار گرفته است (سمبیا^۲ و دیگران، ۲۰۱۸).

در این پژوهش که به ارائه مدلی در رابطه با خدمات سلامت عمومی پرداخته شده نتایج نشان داد که مؤلفه‌هایی چون انسان‌گرایی، خط‌مشی‌گذاری، تفکر راهبردی در بخش سلامت، عدالت محوری و زیرساخت‌ها به شکل بالقوه در بهبود کیفیت خدمات آتی سلامت و درمان تاثیر دارند. سهم علمی این مقاله در تقویت ادبیات موجود راجع به نظام سلامت و برطرف کردن شکاف‌های تحقیقاتی موجود از منظر کمبود مطالعات بلندمدت در حوزه بهداشت و سلامت است. از دیدگاه کاربردی نیز نتایج این پژوهش به درک مدیران ارشد نظام سلامت در رابطه با حوزه‌های کلیدی، که ورود به آن‌ها می‌تواند نتایج مطلوبی در بهبود اثربخشی نظام بهداشت و سلامت کشور داشته باشد، کمک می‌کند.

بر اساس نتایج به دست آمده در رابطه با هر یک از مقوله‌های فراگیر این پیشنهادها ارائه می‌شود:

پیشنهادها

- بهبود سیستم‌ها و رویه‌های کاری در بخش درمان؛
- فراهم آوردن بستر لازم برای توسعه خدمات درمانی الکترونیک؛

1. Sudarshan & Prashanth
2. Siddiqi
3. Sembiah,

- ساماندهی، طراحی و تنظیم تشکیلات دستگاه‌های نظام سلامت؛
- افزایش پروژه‌های خصوصی - دولتی در بخش سلامت؛
- افزایش اختیار مدیران محلی در تمرکززدایی از نظام سلامت؛
- افزایش بودجه دولتی در بخش بهداشت و درمان؛
- ظرفیت‌سازی برای استفاده بیشتر از نیروی کار بخش درمان؛
- تلاش مدیران دولتی جهت ایجاد زیرساخت‌های مناسب به منظور بهبود کیفیت خدمات درمانی؛
- متناسب‌سازی دانش، مهارت و نگرش کارکنان بخش بهداشت و درمان در قالب آموزش‌های جدید؛
- تجهیز بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به فناوری‌های نوین تشخیص و درمان؛
- افزایش حمایت‌های بیمه‌ای؛
- ایجاد بانک اطلاعات مدیران و حفظ سرمایه‌های انسانی و شناسایی افراد واجد شرایط؛
- به رسمیت شناختن حق سلامت در خصوص ارائه خدمات بهداشت عمومی.

منابع

- احمدی‌زاد، آرمان، مریم ورمغانی، و سارا ورمغانی. "خدمات سلامت سیار: گذشته، حال، آینده". راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۰، ۳ (۱۳۹۸): ۲۳۳-۲۴۶.
- امامی، رویا، و آسیه پیرزاده. "بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه گیرندگان خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کوه‌دشت". تحقیقات نظام سلامت. ۱۶، ۱ (۱۳۹۹): ۲۹-۳۷.
- [DOI:10.22112/jhsr.v16i1.3793](https://doi.org/10.22112/jhsr.v16i1.3793)
- ایزدی، علی، یحیی جهانی، سعود رفیعی، علی مسعود، و لیلا ولی. "ارزیابی کیفیت خدمات سلامت: با استفاده از تحلیل عملکرد اهمیت". تضمین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی. ۷، ۳۰ (۱۳۹۶): ۶۵۶-۶۶۳.
- آزادیان، مرضیه، عباس وثوق مقدم، و علی فرهادی محلی. "فرآیند تحلیل سلسله مراتبی فازی (AHP) مولفه‌های حکمرانی خوب برای سیاست‌گذاری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران". راهبرد مدیریت در نظام سلامت. ۲، ۶ (۱۴۰۰): ۸۷-۱۰۲. [DOI: 10.18502/mshsj.v6i2.7176](https://doi.org/10.18502/mshsj.v6i2.7176)
- تقوی فرد، محمدتقی، پیام حنفی‌زاده، جهانیار بامداد صوفی، و اکبر یوسف‌وند. "الگوی پذیرش خدمات سلامت الکترونیکی". آموزش و سلامت جامعه. ۱، ۷ (۱۳۹۹): ۵۸-۵۱.
- جوانی، و جیهه، و فرزانه کهزاد. "کنکاشی بر تاثیر بازاریابی محتوای رسانه‌های اجتماعی بر سلامت برند ورزشی". رسانه. ۴، ۳۲ (۱۴۰۰): ۱۶۵-۱۷۸. <https://doi.org/10.22034/bmsp.2021.141724>
- دهنویه، رضا، علی‌اکبر حق‌دوست، سیدمسعود مجدزاده، سمیه نوری حکمت، حمید رواقی، و محمدحسین مهرالحسنی، "کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی جمهوری اسلامی ایران: وضعیت، موانع و راهبردهای بهبود". ایپدمیولوژی ایران. ۱۳، ۵ (۱۳۹۷): ۹۸-۱۰۹.
- رامزنی دوروح، و جیهه. "بهبود پایدار کارکردهای نظام سلامت از طریق رویکرد تقویت نظام سلامت". راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۱، ۳ (۱۳۹۷): ۲-۴.

عامری، حسین. "عدالت در تامین مالی سلامت با تاکید بر مخارج فاجعه‌بار خدمات سلامت". راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۳، ۳ (۱۳۹۷): ۱۶-۷. DOI:10.18502/mshsj.v3i3.245

عزیزی، میترا، مهرنوش جعفری، و سیدمحتبی حسینی. "رابطه تفکر استراتژیک و عملکرد سازمانی مدیران میانی و ارشد سازمان بیمه سلامت ایران". مدیریت بهداشت و درمان. ۹، ۲ (۱۳۹۷): ۴۱-۴۸.

کشاورز محمدی، نسترن، سعید پارسی‌نیا، و فاطمه زارعی. "آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده"، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران. ۱، ۲ (۱۳۹۲): ۵-۸.

مصطفوی کهنگی، فرحناز. "نقش رسانه‌های شنیداری بر سلامت اجتماعی با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر (مورد مطالعه: شهروندان شهر تهران)". رسانه. ۳۴، ۱۳۱ (۱۴۰۲): ۱۴۵-۱۲۳.

<https://doi.org/10.22034/bmsp.2022.336780.1713>

معمایی، هاجر، محمدتقی امینی، حسین درگاه‌سی، محمدرضا مشایخ، و محمد جان‌بازرگی. "سنجش تفکر استراتژیک در بین مدیران ستادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران". مدیریت سلامت. ۱۶، ۵۳ (۱۳۹۲): ۸۳-۸۴.

نجاززاده هنجی، مجید. "تحلیل خدمات عمومی از منظر حقوق بشر. حق برخورداری از خدمات عمومی قجیل"، حقوق اداری. ۸، ۲۷ (۱۴۰۰): ۲۱۵-۲۳۴. DOI:10.52547/qjal.8.27.215

همت، مرتضی، هاله آیت‌اللهی، محمدرضا ملکی، و فاطمه ثقفی. "مروری بر مطالعات آینده در زمینه فناوری اطلاعات سلامت". انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی. ۶، ۱ (۱۳۹۸): ۷۷-۶۸.

Ahmadi, A., Varmaghani, M. & Varmaghani, S. "Mobile Health Services: Past, Present, Future" *Educ Strategy Med Sci*. 10, 3 (1398): 233-246. [In Persian]

Akbar FH, Jaya MT. "Relationship between service quality on public health center and patient satisfaction". *Glob J Health Sci*. 9, 7 (2017): 96-102.

Ameri, H. "Equity in Health Financing with an Emphasis on Catastrophic Health Expenditure". *Manage Strat Health Syst*. 3, 3 (1397): 7-16. [In Persian] DOI:10.18502/mshsj.v3i3.245

Arab-zozani, M. "Health sector evolution in Iran; a short review. Evidence Based Health Policy". *Management and Economics*. 10, 1 (2017): 193-197.

Asmara, A. Y., & Rahayu, A. Y. S. "Innovation in Delivering Public Health Service: Practice In Banyuwangi Regency-Indonesia". *Asmara*. 12, 3 (2020): 12-21.

Azadiyan, M, Vosough Moghaddam A, & Farhadi Mahalli A. "Fuzzy Analytical Hierarchy Process (AHP) of Good Governance Components for Health System Policy-Making in the Islamic Republic of Iran". *Manage Strat Health Syst*. 6, 2 (1400): 87-102. [In Persian] DOI: 10.18502/mshsj.v6i2.7176

Azizi, M, Jafari, M., & Hosseini, SM. "The Relationship between Strategic Thinking and Organizational Performance of Middle and Senior Managers of Iran's Health Insurance Organization". *Healthcare Management*. 9, 2 (1397): 41-48. [In Persian]

Bowleg, L. "Evolving intersectionality within public health: From analysis to action". *Public Health*. 111, 1 (2021): 88-90.

Chen Xin W. "Public health. In Network Science Models for Data Analytics". *Springer*. Cham. (2022): 35-47.

Dehnavieh, R., Haghdoost A., Majdzadeh, S., Noorihkmat S., Ravaghi H., & Mehrohasani M. "Quality of Health Services of the Islamic Republic of Iran: Status, Barriers and Improvement Strategies". *Epidemiology irje*. 13, 5 (1397): 98-109. [In Persian]

Falchetta, G., Hammad, AT., & Shayegh, S. "Planning universal accessibility to public health care in sub-Saharan Africa". *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 117, 50 (2020).

Fallesen, P. "Institutional Persistence: Involvements with Child Protective Services, the Criminal Justice System and Mental Health Services across Childhood, Adolescence and Early Adulthood in Denmark". *Social Work*. 51, 6 (2021).

- Gariboldi, M.I., Lin, V., Bland., Auplish, M., Cawthorne A. "Foresight in the time of COVID-19". *The Lancet Regional Health-Western Pacific*.(2021).
- Goulart, D.M., & Rey, F.G. "Studying subjectivity in mental health services: education, subjective development and the ethics of the subject ". *In Subjectivity within cultural-historical approach*. (2019): 259-273. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3155-8_16
- Hemmat, M., Ayatollahi, H., Maleki, M., & Saghafi, F. "A Review of Future Studies in the Field of Health Information Technology". *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 6, 1 (1398): 68-77. **[In Persian]**
- Javani, v., Kahzadzed, F. "Powndering the Impact of Social Media Content Marketing on the Well-being Health of Sports Brand". *Rasaneh*. 32, 125 (1400): 165-178. **[InPersian]**
<https://doi.org/10.22034/bmsp.2021.141724>
- Javanparast, S., Baum, F., Freeman, T., Ziersch, A., Henderson, J., & Mackean, T. "Collaborative population health planning between Australian primary health care organisations and local government: lost opportunity". *Australian and New Zealand journal of public health*. 43, 1 (2019):68-74.
- Kapologwe, N.A., Meara, J.G., Kengia, J.T., Sonda, Y., Gwajima, D., Alidina, S.,& Kalolo, A. "Development and upgrading of public primary healthcare facilities with essential surgical services infrastructure: a strategy towards achieving universal health coverage in Tanzania". *BMC health services research*. 20, 1 (2020): 1-4.
- Keshavarz, Mohammadi, N.; Parsinia, S.,& Zarei, F. "Health education and health promotion in Iran: past, present and future, Iranian health education and health promotion". 1, 2 (1392): 5-8. **[In Persian]**
- Lge-Elegbede, J. Pilkington, P. Bird, EL. Gray, S. Mindell, JS. Chang, M. Stimpson, A, Gallagher, D. & Petrokofsky, C., " Exploring the views of planners and public health practitioners on integrating health evidence into spatial planning in England: a mixed-methods study". *public health*. 43, 3(2021).
- Lubbers, M., Gijsberts, M. " Changes in self-rated health right after immigration: A panel study of economic, social, cultural, and emotional explanations of self-rated health among immigrants in the Netherlands". *Frontiers in sociology*. 4,45 (2019): 45-58.
- Izidi, A., Jahani, Y., Rafiei, S., Massoud, A., & But, L. " Assessing the quality of health services: using importance performance analysis". *International Journal of Healthcare Quality Assurance*. 30, 7(1396): 656-663. **[In Persian]**
- Moammai, H., Amini, M.T., Dargahi, H., Mashayekh, M.R.& Janbozorgi, M. " Strategic Thinking Measurement among Staff Managers of Tehran University of Medical Science". *Journal of Health Administration*. 16, 53 (1392): 73-84. **[In Persian]**
- Mostafavi Kohnegi, F. "The Role of Audio Media on Social Health (Case Study: Citizens of Tehran) " . *Rasaneh*. 34, 131 (1402): 123-145. **[In Persian]** <https://doi.org/10.22034/bmsp.2022.336780.171>.
- Najrzadeh Hanjeni, M. " Analysis of public services from the perspective of human rights, The right to enjoy public services Qajal". *administrative law*. 8, 27 (1400): 215-234. **[In Persian]**
<https://doi.org/10.52547/qjql.8.27.215>
- Porter, D. 2020. *The history of public health and the modern state. E-Book (PDF)*. Medica. Brill. ISBN: 978-90-04-41836-3.Clio.
- Raimann, J. G., Boaheng, J. M., Narh, P., Matti, H., Johnson, S., Donald, L., & Levin, N. W. "Public health benefits of water purification using recycled hemodialyzers in developing countries". *Scientific Reports*. 10, 1 (2020): 1-7.
- Ramzni Doroh, V. "Sustainable Improvement of Health System Functions through Health System Strengthening Approach. Manage the start of the health system". *Manage Strat Health Syst*. 3 , 1 (1397): 2-4. **[In Persian]**
- Rosen, G. 2017. *A History of Public Health: Revised and Expanded Edition*. Johns Hopkins University Press.
- Schoenwald, S.K., Chapman, J.E., Kelleher, K., Hoagwood, K.E., Landsverk, J., Stevens, J., Glisson, C., & Rolls-Reutz, J. "A survey of the infrastructure for children's mental health services: Implications for the implementation of empirically supported treatments (ESTs) ". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services. Research*. 35, 1 (2008): 84-97.
- Sembiah, S., Paul, B., Dasgupta, A., & Bandyopadhyay, L. "Capacity building of private sector workforce for public health services in India: Scope and challenges". *official publication of Indian Association of*

- Preventive & Social Medicine*. 43, 3 (2018):144.
- Siddiqi, S., Masud, T.I., Nishtar, S., Peters, D.H., Sabri, B., Bile, K.M., & Jama, M.A. "Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance". *Health policy*. 90, 1 (2009): 13-25.
- Sudarshan, H., & Prashanth, N.S. "Good governance in health care: the Karnataka experience". *The Lancet*. 377, 9768 (2011):790-2.
- Taghavifard, M.T, Hanafizadeh, P, Bamdad-Soofi, J, Yoosefvand, A. "Model of Acceptance of E-Health Services". *J Educ Community Health*.7, 1(1399): 51-58. **[In Persian]**
- Tang, D., & Wang, J., "Basic Public Health Service Utilization by Internal Older Adult Migrants in China". *Environmental Research and Public Health*. 18, 1 (2021): 270.
- Verschuuren, M., Hilderink, H.B., & Vonk, R.A. "The Dutch public health foresight study 2018: an example of a comprehensive foresight exercise". *Public Health*. 30,1 (2020): 5-30.
- Woolcock, M., "Enhancing public health outcomes in developing countries: From good policies and best practices to better implementation". *Scandinavian journal of public health*. 46 (2018): 8-10.
- Yiadom, M.Y.A., McWade, C. M., Awoonor-Williams, K., Appiah-Denkyira, E., & Moresky, R. T. "Public health rationale for investments in emergency medicine in developing countries–Ghana as a case study". *The Journal of emergency medicine*. 55, 4 (2018): 537-543.

© Authors, Published by Bureau of Media Studies and Planning. This is an open-access paper distributed under the CC BY (license <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

