

چارچوبی مفهومی برای یادگیری خط‌مشی در حوزه سلامت

وجه‌اله قربانی‌زاده^{۱*} - سیدمحسن علامه^۲ - هادی خان‌محمدی^۳ - حمیدرضا محمدی‌سیاهبومی^۴

چکیده

زمینه: نظام جمهوری اسلامی ایران، همانند سایر سیستم‌های حکومتی باید برای مسائل مربوط به بهداشت و سلامت، خط‌مشی‌ها و استراتژی‌های کاربردی در دستور کار داشته باشد و از آنجائیکه سلامتی، بهداشت و درمان همواره از اولویت‌ها و نیازهای اولیه بشر از اوان مدنیت تا کنون بوده و هست، می‌بایست برنامه‌های کاربردی که ضامن سلامتی و زندگی بهینه برای انسان‌هاست، در دستور کار قرار گیرد. در اواخر سال ۲۰۱۹، دنیا با یک پدیده همه‌گیر، به نام کرونا مواجه شد که کلیه روابط انسانی، سازمانی و حتی بین‌المللی را تحت تاثیر خود قرار داد و خط‌مشی‌گذاران و تصمیم‌گیران حوزه سلامت را به چالش کشید، تا برای رفع این معضل فکر چاره‌ای بیندیشند.

هدف: فلذا این پژوهش با هدف ارائه چارچوبی مفهومی برای یادگیری خط‌مشی در حوزه سلامت انجام شده است، تا درس‌آموزی‌های مفیدی برای خط‌مشی‌گذاران حوزه سلامت ایجاد کند و در آینده با تجربه‌اندوزی و الگوگیری از این یادگیری‌ها، با خط‌مشی‌گذاری‌های برنامه‌ریزی شده و مبتنی بر خرد جمعی، تضمین سلامت جامعه بشری را تامین کنند.

روش پژوهش: روش تحقیق حاضر، روش مطالعه چندموردی بوده که یک روش کیفی است و از استراتژی تحلیل مضمون و نرم‌افزار Max QDA برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش، شامل ۱۲ نفر از خبرگان و خط‌مشی‌گذاران حوزه سلامت در وزارت بهداشت بوده که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساخت یافته و نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی به گردآوری داده‌ها از آنان مبادرت شد.

یافته‌ها: پس از گردآوری داده‌ها و رسیدن به اشباع نظری، تحلیل صورت پذیرفت. با مطالعه داده‌ها و اطلاعات استخراج شده در نهایت، ۴۳۱ کد باز/ شناسه، ۱۵۲ مضمون پایه، ۳۹ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۱ مضمون فراگیر شناسایی شد.

نتایج: این مضامین و مفاهیم عمدتاً از مصاحبه‌ها و اسناد بالادستی بدست آمدند و بارها توسط محقق بازبینی و اصلاح شد و مضامین مشابه و یکسان در یک دسته قرار گرفته و چارچوب مفهومی ارائه گردید.

واژگان کلیدی: یادگیری، آموزش، خط‌مشی‌گذاری عمومی، اپیدمی، سلامت

^۱ دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

vghorbanizadeh@gmail.com

^۲ دانشیار گروه مدیریت، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، اصفهان، ایران. sm.allameh@ase.ui.ac

^۳ استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران.

khanmohammadi@atu.ac.ir

^۴ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، دانشکده مدیریت و حسابداری، تهران، ایران.

hmohammadi81@yahoo.com

مقدمه

تقاضا برای یادگیری، قطعاً، در همه‌ی حوزه‌های خط‌مشی، به طور مثال، در زمینه‌ی رشد و توسعه، کنترل فساد، بهبود مدارس، بهداشت یا انتشار معیارها و اقدامات صحیح، توسط سازمان‌های بین‌المللی به وفور وجود دارد (دانلوپ و همکاران^۱، ۲۰۲۰).

پیچیدگی جهان و اجتناب‌ناپذیری خطاهای انسانی، یادگیری را برای غلبه بر چالش‌هایی که هنگام برخورد با سیاست‌ها و خط‌مشی‌های عمومی بوجود می‌آیند، به امری ضروری مبدل ساخته است. در یادگیری خط‌مشی^۲، مردم از شدت و علل مشکلات جامعه آگاه می‌شوند و با توجه به برنامه‌های متنوع، خط‌مشی‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و... خود را برای جلب توجه مقامات دولتی تنظیم می‌کنند. تدوین خط‌مشی‌های عمومی مبتنی بر یادگیری از تجارب خط‌مشی‌های دیگر است، و طراحی و اجرای خط‌مشی‌ها به طور مداوم از طریق مکانیسم‌های مختلف بازخورد، سازگار و یادگیرنده می‌شوند. در این چالش‌ها و موارد مشابه به آن‌ها، آموختن از اشتباهات گذشته بیانگر این امید است که خط‌مشی‌های بهتری در آینده تدوین و اجرا خواهد شد. در عمومی‌ترین سطح خود، «یادگیری خط‌مشی» را می‌توان به عنوان تنظیم درک‌ها و باورهای مربوط به سیاست‌های عمومی تعریف کرد. دویث^۳ اولین کسی بود که در مطالعه خط‌مشی‌ها، در نظریه نسبتاً خردگرایانه دولت خود بر یادگیری تأکید کرد، بدین صورت که دولت‌ها از طریق فرآیندهای ثابت «بازخورد» و «هدایت» کار می‌کنند که به «ظرفیت یادگیری» دولت بستگی دارد و آن (یادگیری) را افزایش می‌دهد (مایسون و همکاران^۴، ۲۰۱۷: ۱۶۱-۱۶۲).

رابطه شیوه حکمرانی دولت‌ها در سیاست‌گذاری سلامت بر پایه این پیش‌فرض است که مبانی هستی‌شناختی رابطه بین دولت و جامعه، مؤلفه‌ای تعیین‌کننده در شیوه حکمرانی دولت‌ها است. با قرار

گرفتن دولت‌ها در یک وضعیت استثنایی و نیازمند حکمرانی متفاوت، سیاست‌های سلامت در این جوامع، تحت تأثیر مبانی هستی‌شناختی حفظ عناصر بنیادین دولت توسط حکمران قرار می‌گیرند (صفرآهنگ، ۱۳۹۹). درباره مسئله جایگاه بحران‌ها به عنوان عامل محرکی برای تغییر سیاست ملی یا ضرورت وجود بحران‌ها برای برانگیختن اقدام کشورها در راستای تغییر الگوهای حکمرانی، نمی‌توان پاسخی قطعی و جهان‌شمول ارائه داد. زیرا در تجربه کشورهای گوناگون، هم کشورهایی را می‌توان یافت که بر اثر تکانه‌های بزرگ بیرونی، اجرای برنامه فشرده تغییرات را در دستور کار قرار داده‌اند (مانند انگلستان قرن چهاردهم میلادی که پس از تجربه طاعون به مثابه یک بزنگاه تاریخی، بنیادهای نظم فئودالی‌اش به لرزه افتاد و با درهم شکسته شدن «نهادهای بهره‌کش» و جایگزینی آن‌ها با نهادهای فراگیر، مسیر متفاوتی را پیمود که به انقلاب صنعتی ختم شد)؛ و هم کشورهایی مانند سنگاپور را مشاهده کرد که به جای انفعال و انتظار تجربه بحران‌ها، خود پیش‌دستی کرده و تغییراتی برا برای کنترل و مدیریت بهینه‌ی بحران‌ها و پیامدهای آن، عملیاتی کرده‌اند (قدیری‌نوفرست و سینایی، ۱۴۰۰).

امروزه، اکثر برنامه‌هایی که برای تحول در سیستم بهداشتی کشورهای در حال توسعه اجرا می‌شوند، بر اساس سیاست‌هایی است که از سایر کشورها اقتباس شده است. در کشور ما، چنین سیاست‌هایی، صرف نظر از اجباری یا اختیاری بودن آنها، برای دهه‌ها اجرا شده است. به دلیل مشارکت خط‌مشی‌نویسان در چنین فرایندهایی، موضوعات جدیدی از جمله همگرایی خط‌مشی (کولمن^۵، ۱۹۹۴)، انتشار خط‌مشی (ماژون^۶، ۱۹۹۱)، آموزش (رز^۷، ۱۹۹۱) و یادگیری خط‌مشی (هاس^۸، ۱۹۹۲) مطرح شده است که طیف گسترده‌ای از زمینه‌های دانش مانند علوم سیاسی و سیاست‌های عمومی و توسعه را تحت تأثیر قرار داده است (امیری و همکاران، ۲۰۱۱: ۱۰-۱۷).

هدف نظام سلامت ارتقای سلامت جامعه است مبنی بر اینکه عوامل فردی و اجتماعی، شکل دهنده رفتار در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌ها و افزایش تندرستی جامعه گردد. نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها و موسسات و منابعی است که ارائه‌کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقای سلامت افراد می‌باشند؛ ارتقای سلامت هدف اصلی یک نظام سلامت است. اما تنها هدف آن نیست. قابلیت دستیابی و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن این نظام بسیار مهم است (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۹). فلذا ارتقای سلامت هدف اصلی یک نظام سیاسی با تغییر و بهبود خطمشی‌هاست، اما تنها هدف آن نیست، که این مهم تحقق نمی‌یابد، مگر با درس‌آموزی، عبرت‌اندوزی و یادگیری از سیاست‌ها.

دولت‌ها با تقویت یادگیری خطمشی‌ها، قابلیت‌های خود را در زمینه خلاقیت، نوآوری و تحول ارتقا می‌دهند و دیدگاه‌های جدیدی نسبت به اداره عمومی پیدا خواهند کرد، که در کشور ما نیز بر اساس نیاز روز و کمبود کارهای پژوهشی در حوزه یادگیری سازمانی و علی‌الخصوص حوزه سلامت، خلأهایی وجود دارد که در این پژوهش بدان‌ها توجه شده است و محقق به دنبال آن است تا بداند چگونه می‌توان با مکانیزم یادگیری به تعالی و بهبود فرآیند خطمشی‌گذاری در نظام سلامت کمک کرد؛ در این پژوهش بر آن هستیم تا با ارائه مکانیزم‌های یادگیری در حوزه نظام سلامت، ضمن مشخص کردن چگونگی اجرای خطمشی‌های حوزه سلامت، به این موضوع نیز بپردازیم که چگونه می‌توان مسئله یادگیری خطمشی‌گذاران، مدیران و کارگزاران دولتی را نیز در نظر گرفت تا از تدوین و اجرای خوب خطمشی‌های سلامت، اطمینان حاصل شود. یکی دیگر از مسائل مورد توجه در این پژوهش، که جنبه اصلی کار را نیز تشکیل می‌دهد، تعالی نظام خطمشی‌گذاری سلامت با رویکرد یادگیری خطمشی

است که بدنبال آن هستیم که با توجه به جدید بودن موضوع یادگیری، یکی از چالش‌ها در بحث یادگیری، ساده‌سازی است، که آن را نیز دنبال خواهیم کرد. یکی از مصادیقی که به عینه یادگیری از سایر کشورها در مقابله با کرونا را به خوبی نشان می‌دهد و اولین وظیفه دولت در راستای خطمشی‌گذاری یادگیرنده به شمار می‌رود، تقویت، تکمیل و توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، توسعه زیرساخت‌های دیجیتال، گسترش دولت الکترونیک، برنامه‌ریزی اقتصاد، و آموزش زندگی به مردم بر مبنای فضای دیجیتال می‌باشد که فعالیت‌ها با توسعه زیرساخت‌ها به صورت الکترونیکی انجام شود. با توجه به تعداد غیرقابل شمارش عواملی که می‌تواند نحوه یادگیری را نشان دهد، سوالات ما در این پژوهش این می‌باشد که «چارچوب مفهومی برای یادگیری خطمشی در حوزه سلامت، چگونه است؟ و چگونه می‌توان با مکانیزم یادگیری و تغییر خطمشی به تعالی و بهبود فرآیند خطمشی‌گذاری در حوزه سلامت کمک کرد؟».

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

یادگیری خطمشی شامل یادگیری در مورد «استراتژی حمایت از یک ایده یا مشکل خاص خط-مشی است»، در حالی که یادگیری، ابزاری در مورد اثربخشی ابزارهای مختلف خطمشی استفاده شده برای اجرای یک سیاست می‌باشد (لیی و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۳۶۴).

آموزش و یادگیری مفهومی است که در هر حوزه-ای خودنمایی می‌کند. چرا که هیچ مبحث و موضوعی نمی‌تواند در همه‌ی زمان‌ها و موقعیت‌ها به خوبی عمل نماید و باید مطابق با خواسته‌ها و نیاز بشر و مسائل و چالش‌هایی که با آن مواجه می‌شود، تغییر کند تا بتواند پاسخگوی مناسبی برای مشکلات باشد. مباحث مربوط به خطمشی‌ها و سیاست‌ها نیز که مهم‌ترین مسائلی است که یک جامعه با آن روبرو است، از این قاعده

مستثنی نیست و باید بتواند به صورت دائم خود را با چالش‌ها و نیازهای جامعه هماهنگ نماید. به همین دلیل در این حوزه و در هر زمینه‌ای باید آموزش و یادگیری به صورت کاملی مورد توجه قرار گیرد (دانلوپ و راداپلی^۱، ۲۰۱۸).

در راستای نقد، آسیب‌شناسی و بررسی چالش‌های خط‌مشی‌گذاری حوزه سلامت، صفراهنگ (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این مسئله پرداخته است که، تقدم مبانی یادگیری دولت نسبت به خط‌مشی‌های حوزه سلامت، سبب می‌شود که حکمران سیاسی، با کنش‌گری محدود، اما کارگزارمحور در رویارویی با همه‌گیری‌ها، تحت تأثیر پارادایم‌های مهم مفهوم سلامت جوامع انسانی را در چارچوب‌های معنایی متفاوتی به کار برد (صفراهنگ، ۱۳۹۹: ۱۸۴).

خط‌مشی‌گذاری سلامت در منطق استثنا، متأثر از مبانی هستی‌شناختی این جوامع، دارای ویژگی «تمرکزگرایی» در شیوه‌های اعمال قدرت حکمران سیاسی برای حفظ جمعیت جامعه به مثابه عنصر بنیادین دولت است. این درحالی است که خط‌مشی‌گذاری سلامت در ایران، تا انقلاب مشروطه، در بافت منازعه سنت و تجدد، متأثر از عناصر «خردستیز و عرفان‌گرا» و در تقابل با امر ملی، و پس از آن تا انقلاب اسلامی، متأثر از تفسیر ایدئولوژیک از سنت بوده است. پس از انقلاب اسلامی، خط‌مشی‌گذاری سلامت با قرائتی سوسیالیستی از حکمرانی اسلام سیاسی برای عدالت همراه بوده است، و در سال ۲۰۲۰، قوه مجریه در ایران بر پایه نظریه‌های حکمرانی «مشارکت جهانی»، کوشش کرده است برای کنترل شیوع ویروس کرونا خط‌مشی‌گذاری‌هایی انجام دهد. آنچه در ادامه می‌آید، درآمدی بر رابطه شیوه حکمرانی دولت‌ها و خط‌مشی‌گذاری سلامت بر پایه این پیش‌فرض است که مبانی یادگیری از مولفه‌های شناختی رابطه بین دولت و جامعه، از مؤلفه‌های تعیین‌کننده در شیوه خط‌مشی‌گذاری دولت‌ها است که یکی

از ضعف‌ها و انتقادات وارده بر نظام خط‌مشی‌گذاری سلامت، عدم توجه به مبانی یادگیری در خط‌مشی‌گذاری و استفاده از موارد آزمون-خطا در خط‌مشی‌گذاری در این حوزه می‌باشد، که پژوهشگر قصد دارد تا این موارد را مورد بررسی قرار داده و هزینه‌های مادی و... با استفاده از یادگیری و تغییر خط‌مشی‌ها در این حوزه را به حداقل برساند.

یادگیری خط‌مشی در همه‌ی خط‌مشی‌ها و سیاست‌های دولت باید وجود داشته باشد؛ دولت‌ها باید بتوانند با تغییر رویه‌ها و خط‌مشی‌های موجود، زندگی و سلامت افراد را تضمین نمایند و با اصلاح خط‌مشی‌های حوزه سلامت، اقتصاد و رفاه، سعی در بهبود وضعیت افراد جامعه‌ی خود داشته باشند. محقق در پژوهش حاضر به بررسی الگوی مناسبی برای یادگیری خط‌مشی در حوزه‌ی سلامت پرداخته است. به طور کلی باید گفت که، هدف نظام سلامت، افزایش سلامت جامعه می‌باشد. مبنی بر اینکه عوامل فردی و اجتماعی، شکل‌دهنده‌ی رفتار در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌ها و افزایش تندرستی جامعه گردد. نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها و موسسات و منابعی است که ارائه‌کننده‌ی خدمات در جهت حفظ و ارتقای سلامت افراد می‌باشند؛ دولت‌ها باید بتوانند با استفاده از تجربیات یکدیگر، در جهت کاهش مسائل ایجاد شده تلاش نمایند و بتوانند با استفاده از تجربیات یکدیگر و بازنشر اطلاعات به دست آمده، خط‌مشی‌ها و رویه‌های موجود را اصلاح و یا تغییر دهند و هرچه سریعتر بر این بیماری پیروز گردند و مسائل و مشکلات که افراد جامعه با آن درگیر هستند را کاهش دهند.

پیدایش مفهوم یادگیری

شناسایی ریشه‌های یادگیری خط‌مشی دشوار نیست. نام‌هایی مانند جان دیویی، هارولد لاسول، کارل دویچ، چارلز لیندبلوم (به نوبه خود، از نزدیک با برنامه پژوهش‌های برنده جایزه نوبل اقتصاد هربرت سایمون

عموم مردم، یک مسئله اجتماعی واحد را برای یادگیری تعریف می‌کنند (آنسل^{۱۲}، ۲۰۱۱).

یادگیری را می‌توان به دلایل سیاسی، به عنوان مثال برای حمایت از سوگیری‌های پیش ساخته شده، دستکاری کرد. و یادگیری می‌تواند منجر به تغییر خط-مشی شود، بنابراین، این فرض خوب که همه یادگیری‌ها باعث بهبود خطمشی و روشنگری می-شوند، از بین می‌رود.

یادگیری خطمشی

یادگیری ابزاری در مورد اثربخشی ابزارهای مختلف خطمشی استفاده شده برای اجرای یک سیاست می‌باشد (لیی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۰، ص ۳۶۴).

یادگیری ممکن است غیر عمدی باشد، اما به طور تصادفی اتفاق نمی‌افتد و همه‌ی فرآیندهای یادگیری خطمشی، احتمال یکسانی برای تولید نتایج یادگیری ندارند. بنابراین، هر پاسخی به این سوال که «چرا یادگیری اتفاق می‌افتد؟» نیاز به مشخصات و زمینه‌هایی دارد که به وسیله آنها نتایج یادگیری تسهیل می‌شود. (دانلوپ و رادایلی، ۲۰۲۰، ص ۲۵۷).

بدون شک دویچ^{۱۴} (۱۹۶۳) اولین کسی بود که در مطالعه سیاست و خطمشی در نظریه خردگرایانه دولت خود، بر یادگیری تأکید کرد. وی معتقد بود که، دولت-ها با استفاده از فرآیندهای ثابت «بازخورد» و «هدایت» فعالیت می‌کنند، که این موضوع به «ظرفیت یادگیری» و میزان تقویت آن بستگی دارد. به دنبال دویچ، هکلو^{۱۵} (۱۹۷۴) بر اهمیت یادگیری، به ویژه با اشاره به قدرت و خطمشی، در چگونگی کنار آمدن مردم با عدم قطعیت در تصمیم‌گیری‌های دولت تأکید کرد. همچنین در ادامه، هکلو (۱۹۷۴) یادگیری را به عنوان «یک تغییر نسبتاً پایدار در رفتار ناشی از تجربه» تعریف می‌کند. با تکیه بر این تعریف، ساباتیر و اسمیت^{۱۶} (۱۹۹۹)، پیشنهاد می‌کنند که یادگیری خطمشی «... تغییرات نسبتاً ماندگار اندیشه یا قصد رفتاری است که ناشی از تجربه

مرتبط است) و هیو و هکل کاملاً به ریشه‌های این شجره تعلق دارند.

یادگیری به نقطه تعادل قبلی در سیستم بازمی‌گردد. در حقیقت، این ظرفیت برای دنبال کردن اهداف متغیر است. بنابراین، نوع یادگیری که دویچ در ذهن دارد، شبیه زیگزاگ خرگوش در یک مزرعه است، و این بدین معنی است که، خرگوش به طور مداوم، با ایجاد تغییرات و فرصت‌های جدید، جهت خود را تنظیم می‌کند. با در نظر گرفتن خطمشی‌های عمومی، در اینجا یادگیری، به عنوان پیشرفت تلقی می‌شود (امروزه به عنوان یادگیری ابزاری شناخته می‌شود) که از نظر اجتماعی مرفقی است. در حقیقت، به جامعه این امکان را می‌دهد تا از ظرفیت یادگیری برای دستیابی به اهداف جدید و متغیر استفاده کند. مفهوم این دیدگاه سایبرنتیک این است که، وقتی اقتصاد یا آمارهای جمعیتی تغییر می‌کند، یادگیری فقط به عملکرد بهتر خطمشی‌ها یا موثر ماندن محدود نمی‌شود. این همچنین شامل سازگاری و تغییر خطمشی‌ها برای پیگیری جستجوی تعادل جدید در یک جامعه باز و زیگزاگی (پر پیچ و خم) است (دانلوپ و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۸، ص ۸).

مبانی یادگیری خطمشی، به طور فلسفی، بر عمل-گرایی و قطعیت و نگرانی آن، برای چیزی که کار می‌کند، بنا نهاده شده است. تفکر عمل‌گرایی یک چرخش اساسی تاریخی را از رویکردهای ایدئولوژیک در خط-مشی‌های عمومی نشان می‌دهد. اگر همه‌ی موارد مهم، این است که چه چیزی کار می‌کند، ما باید در برابر هر مکانیزمی که ممکن است به طور تجربی در خطمشی-های عمومی رخ دهد، باز و صریح باشیم و یاد بگیریم که چگونه از تجربه و شواهد، درس‌های قابل استفاده تولید کنیم. با این وجود عمل‌گرایی دیویی فراتر از این حد بود، زیرا شامل نکاتی از تأمل عمیق در مورد مسائل هنجاری بود که در بالا ذکر کردیم. یکی از ایده‌های اصلی او این بود که آموزش، خطمشی‌گذاری و

و/ یا اطلاعات جدید است و مربوط به دستیابی یا تجدید نظر در خط‌مشی است.

عل‌اوه بر موارد ذکر شده در رابطه با یادگیری خط‌مشی، باید اشاره کرد که، یادگیری خط‌مشی در زیرشاخه‌های مختلف مانند مطالعه انتشار، انتقال، یادگیری فردی و جمعی، یادگیری اجتماعی و استفاده از دانش، پیشرفت بسیار کرده است (دانلوپ و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۸).

تغییر خط‌مشی

در زمینه‌ی خط‌مشی‌گذاری، مانند همه زمینه‌های تلاش بشر، باید فرصت‌ها را قبل از استفاده از آنها شناخت و از آنها برای دنبال کردن نتایج مطلوب استفاده کرد. همچنین برخی از اندیشمندان بر این اعتقاد هستند که، بازیگرانی که با دیگران بتوانند ارتباط خوبی داشته و به عبارتی خوب کنار آیند، بیشتر از دیگران در تأمین تغییر خط‌مشی به موفقیت بیشتری دست می‌یابند (کینگدون، ۱۹۹۵؛ مینتورم و ورگاری^{۱۸}، ۱۹۹۶؛ پتریدو و مینتورم^{۱۹}، ۲۰۲۰).

به عبارتی باید اشاره کرد که، تغییر خط‌مشی به معنای جایگزین کردن یک یا چند خط‌مشی به جای خط‌مشی فعلی می‌باشد. آبرایت^{۲۰} (۲۰۰۹) در پژوهش خود، تغییر خط‌مشی را شامل هرگونه تغییر حقیقی یا سودمند در سیاست، برنامه یا طرح دولت می‌داند. تغییر خط‌مشی، هم استفاده از خط‌مشی‌های جدید و هم اصلاح یا حذف خط‌مشی‌های قبلی را شامل می‌شود. علاوه بر این باید گفت که، در کل مفهوم تغییر خط-مشی، یکی از جوانب مهم چرخه‌ی خط‌مشی می‌باشد. با توجه به بررسی‌های انجام شده، تغییر خط‌مشی به سه شکل صورت می‌گیرد:

- ایجاد تغییرات کم‌کم و تدریجی در خط‌مشی‌های فعلی؛
- اجرای قوانین در زمینه‌های خاص خط‌مشی‌ها؛
- ایجاد تغییرات کلی در خط‌مشی‌های موجود در جهت تنظیم مجدد آن‌ها.

مطالعه در مورد تغییر خط‌مشی از دهه‌ی ۱۹۵۰ آغاز شده است اما مطالعات تئوریک در این حوزه، توسط هکلو^{۲۱} (۱۹۷۴) صورت گرفته است. این مطالعات تلاش‌های خوبی در زمینه‌ی گونه‌شناسی تغییر خط‌مشی پیشنهاد کرده‌اند، اما هیچ کدام به صورت یک تئوری و یا یک مدلی که بتواند چرایی و چگونگی تغییر در خط‌مشی‌ها را نشان دهد، نبوده‌اند (عباسی، ۱۳۸۹، ص ۴۶).

اتفاق نظری که در بیشتر بحث‌های مربوط به خط-مشی‌گذاری وجود دارد این است که تغییر خط‌مشی، معمولاً به صورت فزاینده‌ای اتفاق می‌افتد. اگرچه، مواردی وجود دارد که، در تنظیمات خط‌مشی موجود نمی‌توان به راحتی به مشکلات موجود رسیدگی کرد. یکی از مهمترین راهکارهای ایجاد تغییر در خط‌مشی‌ها یادگیری می‌باشد.

شکاف بین یادگیری خط‌مشی

باید متذکر شد که، شکاف‌هایی در درک بین یادگیری خط‌مشی و تغییر خط‌مشی وجود دارد. پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که دو دلیل وجود دارد که یادگیری به ندرت منجر به تغییر خط‌مشی می‌شود. اول، یادگیری خط‌مشی یکی از عوامل بی‌شمار موثر در تغییر خط‌مشی است. بعلاوه، ایدئولوژی یا منافع فردی و اعمال قدرت، غالباً دانش به دست آمده در مورد شدت و علل مشکلات و مزایا و خطرات مرتبط با گزینه‌های مختلف سیاسی مورد بررسی را نادیده می‌گیرد. دوم، یادگیری خط‌مشی خود چالش-برانگیز است. در ادبیات، شناخت گسترده‌ای وجود دارد که دستیابی به یادگیری خط‌مشی را دشوار می‌کند. همچنین، نمی‌توان به راحتی ترجیحات بازیگران خط-مشی در برنامه‌های سیاست را نادیده گرفت. بازیگران خط‌مشی کاملاً منطقی نیستند و در نتیجه‌ی تعصبات روانشناختی مختلف مانند "اثر یقین"، آنها تمایل دارند

• تأثیر این یادگیری چقدر است؟ هاوالت و کاشور (۲۰۰۹) از روشنگری مفهوم تغییر خط‌مشی استفاده کرده و مجموعه‌ی گسترده‌ای از پویایی‌های خط-مشی را به تصویر کشیده‌اند. این بدان معنی است که اهداف خط‌مشی و ابزارهای خط‌مشی می‌توانند در سطوح مختلف انتزاع، تغییر کنند.

روند تدوین و اجرای خط‌مشی‌گذاری در ایران در زمان کرونا

در تدوین برنامه‌ها و خط‌مشی‌ها، توجه به ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و توانایی آنها در اجرای برنامه‌ها بسیار مهم است. آمار، اطلاعات و شواهد قابل اعتماد و به روز و همچنین راه‌حل‌های مقرون به صرفه در تدوین این سیاست‌ها ضروری است. علاوه بر این، مطالب آموزشی و مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها برای ارائه دهندگان خدمات لازم است. با توجه به پیچیدگی موضوع و ضرورت همکاری بین بخشی، به کارگروه‌های رسمی چند رشته‌ای رسمی پیشنهاد می‌شود تا راه‌حل‌های مناسب ارائه دهند (فرجی و همکاران، ۲۰۱۵).

در شرایط اپیدمی کرونا، شرایط کاری نامناسب، مانند بار کاری زیاد و افزایش ناگهانی مراجعه به دلیل همه‌گیر شدن گسترده، منابع انسانی ناکافی و شیفت‌های پرفشار، محیط کار استرس‌زا و با ریسک بالا در شیوع، محدودیت‌های مالی، منابع محدود و تجهیزات محافظتی ناکافی، آموزش ناکافی و درآمد کارکنان، تعارض بین منافع شخصی کارکنان، احساس نوع دوستی آنها در برخورد با بیماران COVID-19 و تعهد حرفه‌ای آنها، از بزرگترین موانع اجرای مناسب سیاست‌های بهداشتی COVID-19 در کشور می‌باشد (رئوفی و همکاران، ۲۰۲۰، ۲۲۸).

طبق رویکرد لپ‌اسکای^{۲۶}، از پایین به بالا، اجرای خط‌مشی‌ها عمده‌تاً توسط کارکنان خط مقدم، بوروکرات‌های به اصطلاح سطح خیابان (SLB) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در نبرد علیه COVID-19، کارکنان

به آنچه که به آن اعتقاد دارند امتیاز دهند، نه اینکه اطلاعاتی را که ممکن است این اعتقادات را به چالش بکشد، قبول کنند (لی و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۹، ۳۷۰). یادگیری فردی لزوماً به یادگیری و تغییر جمعی منجر نمی‌شود. اگر یادگیری در بین افراد (سطح خرد) اتفاق بیفتد، ارتقا این دانش در یک گروه و یا در یک سازمان یا سیستم لزوماً خودکار و کارآمد نیست. این به طیف وسیعی از عوامل، از جمله ساختار شبکه در بین افراد و قوانین مختلف حاکم بر تبادل اطلاعات و تصمیم‌گیری بستگی دارد (ویتینگ و مایسون، ۲۰۱۵).

در مورد یادگیری خط‌مشی و تغییر خط‌مشی، چهار سوال از اهمیت زیادی برخوردار است. این چهار سوال از مطالعات بنت و هاوالت^{۲۳} (۱۹۹۲) و هاوالت و کاشور^{۲۴} (۲۰۰۹) و دانلوپ و رادیلی (۲۰۱۳) به دست آمده است؛ که عبارتند از:

- چه کسی می‌آموزد؟ این سوال بر بازیگران یادگیری و ویژگی‌های آنها متمرکز است.
- چه چیزی می‌آموزد؟ تفاوت‌های مهمی بین رویکردهای موجود، در انواع دانش، اطلاعات و تجربیات آموخته شده توسط بازیگران خط‌مشی وجود دارد.
- چگونه یاد می‌گیرند؟ ما به ویژه به «استفاده از دانش» یا راه‌هایی که بازیگران در واقع از منابع دانش، اطلاعات و تجربه استفاده می‌کنند، علاقه مند هستیم. این صحبت از ادبیات موجود است که، اشکال ابزاری استفاده از دانش (دانش به عنوان منبع کلیدی برای خط‌مشی‌گذاری) را از اشکال نمادین استفاده از دانش (دانش به عنوان منبع مشروعیت بازیگران خاص خط‌مشی‌ها یا اهداف خط‌مشی‌ها) متمایز می‌کند. اوبین، برانس و فوب^{۲۵} (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که تجزیه و تحلیل سیاست، ترکیبی از چنین اشکال استفاده از دانش در دولت‌های بلژیک، مرکزی و منطقه‌ای است (اوبین و همکاران، ۲۰۱۷).

COVID-19 ایران تشکیل شود (رئوفی و همکاران، ۲۰۲۰، ۲۳۰).

نظام سلامت

در گفتمان غالب امروز دنیا، بشریت به دنبال توسعه و بهبود رفاه زندگی در جامعه می‌باشد که دستیابی به آن مستلزم تعیین و تأمین حقوق بشر در سطح دنیا و حقوق شهروندی در سطح کشورهاست. از سوی دیگر یکی از اجزای مهم توسعه و رفاه اجتماعی را تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه می‌دانند به نحوی که این بعد به عنوان محور توسعه پایدار شناخته شده است. بنابراین سلامت و حقوق بشر دو مفهوم به هم پیوسته و مرتبط برای دستیابی به یک جامعه ایده‌آل از منظر توسعه همه جانبه و پایدار در ابعاد مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعریف می‌شود (من^{۲۷}، ۲۰۰۶).

با توجه به قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تولید سلامت را به عهده دارد و خط‌مشی‌گذاری و تدوین قوانین و مقررات با هدف ارتقاء سلامت مردم و بهبود عملکرد نظام سلامت (دسترسی، کیفیت، عدالت، پاسخگویی و کاهش هزینه‌ها در حوزه بهداشت، درمان، غذا، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی و فراورده‌های آرایشی و بهداشتی) از وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است که سازمان غذا و دارو عهده‌دار انجام این مهم می‌باشد (شیخ‌بگلو و همکاران، ۱۴۰۰).

اگر بخواهیم تعریف جامع و درستی از نظام سلامت ارائه کنیم، باید تمامی جوانب آن را مورد بررسی قرار دهیم. سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «نظام سلامت مجموعه‌ای است از مردم، سازمان‌ها و منابع که بر اساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند». با توجه به این تعریف، تمامی افراد و

خط مقدم، پزشکان و پرستارانی هستند که با بیماران در تماس مستقیم هستند و بنابراین نیازهای آنها را بهتر درک می‌کنند. برای بهینه‌سازی ارائه خدمات و دستیابی به بهترین نتایج ممکن، مذاکره منظم بین سیاست-گذاران و SLB ها بسیار مهم است (بوس و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به سرعت زیاد گسترش بیماری همه گیر COVID-19 و تغییرات مکرر در خط‌مشی‌های مرتبط، رویکرد از بالا به پایین در اجرا، اجتناب ناپذیر است. فاصله زمانی بین شیوع ویروس کرونا در چین و شیوع آن در ایران می‌توانست فرصت خوبی را برای خط‌مشی‌گذاران ایرانی برای یادگیری خط‌مشی فراهم کند. علاوه بر این، بیشتر خط‌مشی‌های مربوط به COVID-19، توزیع مجدد هستند و اجرای آنها بسیار دشوار است (رئوفی و همکاران، ۲۰۲۰، ۲۲۹).

خط‌مشی‌های COVID-19 ذاتاً کلان، پیچیده، مبهم، چند علتی، حساس و پرهزینه هستند و اجرای آنها در متن ایران، با چندین فاکتور اساسی و پیچیدگی‌های محدود کننده، یعنی تحریم‌های یک جانبه ایالات متحده علیه کشورمان، روبرو است. بنابراین، دولت باید کارکنان خط مقدم را با هزینه‌های معقول کنترل و ارزیابی کند. ارائه مشوق‌های مالی و غیرمالی برای کارکنان از یک سو و از بین بردن رابطه مالی بین دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی از طرف دیگر، راه‌حل‌های موثری برای بهبود رابطه بین اصل (وزارت بهداشت و درمان و بهداشت) و عوامل است. این امر بیشتر در مورد کارگزاران (پزشکان و پرستاران) که به عنوان پشتیبان موقت در خط مقدم در مناطق تحت تأثیر کشور فراخوانده می‌شوند، کاربرد دارد (تاکیان و همکاران، ۲۰۲۰).

خط‌مشی‌های COVID-19 که نیاز به همکاری پیچیده بین بخشی و توافق دولت از طریق ائتلاف‌های مختلف دارد، در بهداشت عمومی به صورت قابل توجهی نگران کننده است. ما پیشنهاد می‌کنیم چندین ائتلاف متشکل از طرفداران و مخالفان خط‌مشی‌های

تقلیل نسبی پیچیدگی، بر شفافیت آن افزوده است. مقایسه این روایت نظری با نظریه های فراگیر موجود در ادبیات حوزه پژوهش حاکی از توجه آن به مولفه های اساسی موردتوجه در ارائه تبیین نظری حداقلی و متصل از پدیده مورد مطالعه است.

امیری (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان "نقش تجربیات بین‌المللی بر یادگیری سیاست‌گذاران"، به بررسی یادگیری خطمشی‌گذاران در صحنه‌ی بین‌المللی پرداخت است. هدف این پژوهش، شناسایی چارچوب یادگیری خطمشی‌گذاران با بهره‌گیری از تجربیات در عرصه بین‌المللی و درس‌آموزی است. روش پژوهش به صورت آمیخته کمی و کیفی، با رویکرد استقرایی و اکتشافی می‌باشد. محقق در این پژوهش، برای یادگیری خطمشی پیشنهادهای زیر را ارائه می‌دهد: ارتقای فرهنگ سیاسی، ارتقای خرد سیاسی، مبتنی بر مصادیق موفق، استفاده از سنجه‌های بین‌المللی، درس‌آموزی از خطمشی‌های موفق خارجی با در نظر گرفتن تناسب خطمشی‌های موفق بین‌المللی با فرهنگ کشور ما و نهادهای موجود.

ویتینگ^{۲۸} (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان "بیش‌هایی از یادگیری خطمشی در مورد چگونگی تقویت استفاده از شواهد توسط خطمشی‌گذاران"، از ادبیات یادگیری خطمشی مدار برای ارائه بینش عملی در مورد چگونگی افزایش استفاده از شواهد توسط خطمشی‌گذاران استفاده می‌کند. این مقاله پس از معرفی کوتاه این حوزه، چهار مرحله برای درک و پاسخگویی به یادگیری خطمشی را ارائه می‌دهد؛ در نهایت این پژوهش، چنین نتیجه‌گیری می‌کند که اهمیت یادگیری خطمشی مدار به همان اندازه اطلاعات مربوط به تعامل و رهبری در فرایند اجرای یک خطمشی دارای اهمیت است.

لی^{۲۹} و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان یادگیری خطمشی و خطمشی‌گذاری بحران: یادگیری حلقه چهارگانه و پاسخ COVID-19 در کره جنوبی،

سازمان‌هایی که به نحوی با سلامت در ارتباط هستند -از یک مامای سستی در دور افتاده‌ترین روستا تا یک پزشک متخصص در بزرگ‌ترین بیمارستان تخصصی- همه در زیر چتر نظام سلامت قرار می‌گیرند. بنابراین مشخص است که ارتباط نظام سلامت با زندگی روزمره هر کدام از ما بسیار پیچیده و غیر قابل تفکیک خواهد بود (ویکی‌پدیا، کلیدواژه نظام سلامت، ۱۴۰۱). به عنوان یک نکته مهم، اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تأکید می‌کند که هر ایرانی حق دارد از بالاترین سطح بهداشتی برخوردار باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است این هدف را از طریق طراحی و اجرای سیاست بهداشت در سطح ملی تحقق بخشد (مهرداد، ۲۰۰۹، ۶۹).

همان‌طور که گفته شد، با شیوع بیماری همه‌گیر کرونا، نظام سلامت جامعه با چالش‌ها و مسائل زیادی مواجه شده است.

پیشینه پژوهش

مافی‌مرادی (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان "ارائه مدلی برای تحلیل از خطمشی‌گذاری در حوزه سلامت"، به بررسی و ارائه مدلی برای تحلیل خطمشی‌ها در نظام سلامت کشور پرداخته است. پژوهش وی با هدف تحلیل از چرایی و چگونگی تغییر در خطمشی‌های حوزه سلامت در قالب یک مدل نظری طراحی و اجرا شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که، خاستگاه اصلی تغییرات در حوزه سلامت کشور نشان دادن/ گرفتن تاثیر است. تاثیری که صاحبان آن برای نشان دادنش با بهره‌گیری از الگوهای رفتاری مشخصی در مواجهه با موقعیت‌های پیش‌رو در سه فضای دستورگذاری، مستندسازی و اجرا به کنش‌گری می‌پردازند. نتیجه‌گیری این پژوهش به صورت زیر است: نظریه توسعه یافته در پژوهش حاضر بواسطه شناسایی هفت مفهوم کلیدی، روایت علی مناسبی برای تحلیل از فرآیند خطمشی حوزه سلامت ارائه نموده و ضمن

داغ خط‌مشی‌های عمومی آماده کنند، باید به خط‌مشی‌گذاران در درک، شناسایی و بیان پیش‌فرض‌های فلسفی مرتبط با مسائل خط‌مشی‌های بهداشتی کمک کنیم. با استفاده از یک مطالعه چندموردی خاص خط‌مشی سلامت، رویکرد هر سنت در استدلال سیاسی نشان داده می‌شود.

با توجه به مرور پیشینه و مبانی نظری، سوالات پژوهش به شرح ذیل بیان می‌گردد:

سوال‌های پژوهش

سوال اصلی: چارچوب مفهومی یادگیری خط‌مشی در مورد پدیده همه‌گیری کرونا چگونه است؟

سوال‌های فرعی:

- ۱) عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و نهادی موثر بر یادگیری خط‌مشی پدیده کرونا کدام است؟
- ۲) فرایند یادگیری خط‌مشی در سطوح خرد، میانی و کلان چگونه اتفاق می‌افتد؟
- ۳) پیامدهای یادگیری خط‌مشی از منظر ذی‌نفعان مرتبط با پدیده کرونا چیست؟

روش‌شناسی پژوهش

هدف این پژوهش، تبیین و تدوین چارچوبی جامع است که در نظر گرفتن جنبه‌های بیشتری از پدیده یادگیری خط‌مشی دارای ضرورت است. هدف این مطالعه ارائه چارچوبی برای یادگیری خط‌مشی است که چندبعدی، کامل، استراتژیک، مرحله‌بندی شده، علی و شامل عوامل مرتبط با زمینه‌ها و پیامدهای یادگیری خط‌مشی باشد. هدف این تحقیق، تنها ارائه یک چارچوب مفهومی برای کمک به یادگیری خط‌مشی نیست. در واقع هدف اصلی آن کمک به یادگیری خط‌مشی با ارائه پیشنهادات کاربردی است، بنابراین ماهیت کیفی دارد و به همین دلیل از اصطلاح چارچوب در عنوان تحقیق استفاده شده است.

این تحقیق در دو مرحله انجام خواهد شد که در مرحله اول سعی شده ماهیت بنیادی داشته باشد.

به بررسی و تجزیه و تحلیل نحوه تأثیرگذاری دولت کره در تعدیل COVID-19 بدون وقفه‌های اجباری (یعنی تعطیل کردن) در زندگی روزمره شهروندان انجام شده است. در این پژوهش با بسط نظریه یادگیری سازمانی، مدل یادگیری حلقه چهارگانه توسط محققین پیشنهاد شده است، که از طریق آن بررسی می‌کنند که چگونه یک دولت می‌تواند راه‌حل‌هایی برای یک مشکل بزرگ و بحرانی مانند COVID-19 پیدا کند. مدل یادگیری حلقه چهارگانه برای توضیح اینکه چگونه دولت کره می‌تواند COVID-19 را در مرحله اولیه از طریق چابک‌سازی و همچنین رویکرد تطبیقی مبتنی بر فعل و انفعالات موثر پنهان (زمان، هدف و زمینه) و صحنه‌های آشکار خط‌مشی، به طور موثر کنترل کند. فرآیندها عمدتاً در مرحله‌ی اولیه تا اعلام بالاترین سطح هشدار متمرکز هستند. بر اساس پرونده کره‌ای، این مطالعه همچنین عوامل مهمی را برای سازمان‌های یادگیرنده موثر می‌داند، مانند رهبری، اطلاعات و شفافیت، و همچنین مشارکت شهروندان و حاکمیت.

مارتسولف و گرانث^{۳۰} (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان "ادغام فلسفه سیاسی در آموزش خط‌مشی‌گذاری بهداشتی"، به این موضوع پرداخته‌اند که هدف از آموختن فلسفه خط‌مشی‌گذاری سلامت، درک مفروضات فلسفی مربوط به سیاست‌های بهداشتی است تا درک نزدیکتری بین سیاست‌گذار و بیماران ایجاد شود و اثربخشی و کارایی خط‌مشی‌های سلامت افزایش یابد. همچنین مواضع در مورد موضوعات اصلی خط‌مشی‌های عمومی با پیش‌فرض‌های فلسفی ضمنی و غیرمقطعی هدایت می‌شود که مفاهیم افراد راجع به ماهیت دولت، تعهدات اخلاقی افراد نسبت به یکدیگر، نحوه ارزیابی جامعه از کیفیت زندگی و معانی موجود در جامعه را هدایت می‌کند. اگر اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری می‌خواهند پرستاران فارغ‌التحصیل را برای ورود به این بحث‌های

پژوهشگر است. در یک مطالعه موردی برای درک عمیق یک مورد، محقق می‌خواهد ویژگی‌های مورد، شرایط محیطی آن، عوامل تأثیرگذار و به طور کلی هر جنبه‌ای را که می‌تواند موضوع را واضح‌تر کند بررسی کند (یزدانی، ۱۳۹۱).

روش تحقیق مطالعه موردی هم یک روش تحقیق کیفی و هم روش تحقیق کمی است.

چهار کاربرد مختلف مطالعات موردی عبارتند از:

- بیان روابط علی بین رویدادهای زندگی حقیقی؛
- توصیف زمینه‌ای که در آن عملی رخ داده است؛
- استفاده از تحقیق موردی به عنوان یک ابزار ارزشیابی، یعنی ارائه یک نمونه از تحقیق موردی به عنوان یک الگوی توصیفی؛
- زمانی که سایر روش‌های تحقیق نتوانند به نتایج قطعی دست یابند (بین ۳۲، ۱۹۹۴).

مراحل انجام تحقیق مطالعه چندموردی

۱) تعیین و تعریف سوالات تحقیق

در این گام، سوالات پژوهش توسط محقق و پژوهشگران تعیین و تعریف می‌شوند؛

۲) انتخاب مورد و تعیین راه‌های گردآوری و تجزیه داده‌ها مورد (کیس)، که شامل: سازمان، گروه‌ها، افراد و...

می‌شود در این مرحله راه‌های که می‌توان از طریق آن به گردآوری و تجزیه داده مبادرت کرد، تعیین می‌گردد؛

۳) آماده شدن برای جمع‌آوری داده‌ها

محقق با استفاده از راه‌های از پیش تعیین شده، آماده گردآوری و تجزیه داده‌ها می‌شود؛

۴) جمع‌آوری داده‌های میدانی

در این مرحله، حداقل چهار منبع اطلاعاتی را می‌توان در مطالعات موردی در نظر گرفت:

- اسناد؛
- مصاحبه؛
- مشاهده مشارکتی؛
- مصنوعات انسانی.

۵) ارزیابی و تحلیل داده‌ها

مرحله دوم تحقیق نیز کاربردی است. زیرا در مرحله اول به دنبال ارائه و تدوین چارچوبی جدید برای یادگیری خطمشی است و در مرحله دوم نیز به دنبال استفاده از آن برای کمک به مشکل یادگیری در سازمان‌های پژوهشی و بررسی وضعیت آنها از نظر چارچوب تحقیق حاضر است. هر دو مرحله جمع‌آوری داده‌ها به صورت کاملاً طبیعی و بدون دستکاری از نوع تحقیقات توصیفی (غیرتجربی) محسوب می‌شود.

در این پژوهش ابتدا چارچوب مفهومی سیاست‌گذاری از طریق مطالعه چندموردی^{۳۱} و بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در مصاحبه‌های عمیق وزارت بهداشت ارائه شده و سپس با استفاده از استراتژی تحلیل مضمون و نرم‌افزار Max QDA مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

در مرحله بعد برای توصیف و بررسی مدل و اجزای آن از روش تحقیق چندموردی با رویکرد کیفی استفاده شده است. براساس مفاهیم و روابط شناسایی شده در مرحله کیفی، از ابزارهایی مانند مصاحبه، پرسشنامه و اسناد سازمانی در چند مورد منتخب از وزارت بهداشت برای جمع‌آوری داده‌های پژوهشی در مرحله دوم استفاده می‌شود. در نهایت با تحلیل مضمون، داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و در نهایت، تحلیل‌های موردی و بین‌موردی ارائه می‌شود.

مطالعه چندموردی و مراحل انجام آن

اگر محقق می‌خواهد یک مورد را از جنبه‌های بی‌شمار (متغیرهای متعدد) مطالعه کند، از روش مطالعه موردی استفاده می‌کند. مطالعه موردی می‌تواند در زمان و مکان دارای محدودیت باشد. بنابراین، مورد (کیس) می‌تواند یک واحد یا یک سیستم با مرز مشخص و متشکل از عناصر و عوامل متعدد و مرتبط باشد. هدف کلی هر مطالعه موردی مشاهده دقیق ابعاد پرونده مورد بررسی و تفسیر مشاهدات از دیدگاه

پس از گردآوری داده‌ها، ارزیابی و تحلیل آن‌ها در دستور کار قرار می‌گیرد؛

۶) تهیه گزارش

پس از اتمام پنج مرحله قبلی، در نهایت گزارش نهائی کار در قالب یک مطالعه چندموردی، ارائه خواهد شد. با توجه به فلسفه استفاده از روش مطالعه چند موردی در مرحله دوم تحقیق، موارد زیر قابل ذکر است: از آنجایی که در مرحله اول پژوهش با استفاده از روش تحلیل مضمون، چارچوبی جامع، مفهومی و فرآیندی برای یادگیری سیاست در حوزه سلامت تدوین خواهد شد و این چارچوب مستلزم مطالعه دقیق در چندین مورد و بخش‌های مختلف وزارتخانه است؛ فلذا در مرحله دوم، این پژوهش سعی دارد به منظور حرکت به سمت یادگیری و آموزش، پیشنهادات کاربردی را به سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران وزارت بهداشت و درمان ارائه کند.

تحلیل درون‌موردی و تحلیل بین‌موردی معمولاً در بررسی چند مورد دو نوع تحلیل وجود دارد که عبارتند از:

الف) تحلیل درون‌موردی^{۳۳}: این نوع تحلیل مستلزم مطالعه عمیق برای کاهش و تفسیر حجم زیادی از داده‌ها در اطراف یک مورد با سازماندهی داده‌ها است. ب) تحلیل بین‌موردی^{۳۴}: این نوع تحلیل به دنبال یافتن تعدادی الگو از طریق بررسی شباهت‌ها و تفاوت‌های بین موارد یا با مقایسه مقولات بین موارد است (آیزنهارت^{۳۵}، ۱۹۸۹).

جامعه و نمونه‌ی آماری

در مرحله اول برای ساخت چارچوب پژوهش از طریق مصاحبه‌های عمیق و مطالعه متون مرتبط با عنوان پژوهش، جامعه پژوهش شامل: کلیه خبرگان مطرح دانشگاهی دارای زمینه علمی مرتبط با وزارت بهداشت و حوزه سلامت، تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی و کارشناسان وزارت بهداشت و سایر واحدهای مرتبط در حوزه سلامت، می‌باشد.

جدول ۱: لیست افراد مصاحبه‌شونده

شناسه مصاحبه‌شونده	تحصیلات	سوابق کاری
J	پزشک بیماری‌های ریه	۱۸ سال سابقه؛
A	دکتری مدیریت بهداشت	۲۵ سال سابقه؛ معاون آموزشی
H	کارشناس ارشد روانشناسی	روانشناس
M	کارشناس ارشد روانشناسی عضو ستاد مقابله با کرونا	۱۲ سال سابقه؛ عضو شورای عالی مرکز تحقیقات
V	دانشجوی تخصصی سال آخر پزشکی	۷ سال کارآموز؛ عضوانجمن آموزش علوم پزشکی
B	پزشک متخصص بیماری‌های واگیردار	۲۰ سال سابقه؛ مشاور بیماری‌های واگیر، شورای سیاست‌گذاری سلامت
G	کارشناس ارشد مدیریت منابع انسانی	۱۵ سال سابقه کار؛ مدیر منابع انسانی
T	پزشک متخصص	۲۴ سال سابقه؛ مدیر بیمارستان
K	معاون ستاد کرونا	۲۰ سال سابقه؛ معاون ستاد
S	کارشناس ارشد اورولوژی	۲۷ سال سابقه؛ تکنسین قسمت بیماری‌های ریه
N	کارشناس واحد خدمات‌دهی	معاون توسعه مدیریت و منابع
GH	دانشجوی دکتری مدیریت بهداشت	۷ سال کارآموز؛ عضوانجمن آموزش علوم پزشکی

ابزار گردآوری اطلاعات

در این تحقیق از دو روش میدانی و کتابخانه‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز تحقیق از منابع زیر استفاده شده است:

- مطالعه مدارک و منابع کتابخانه‌ای
 - سایت‌ها و پورتال‌های اطلاعاتی - اینترنتی؛
 - کتب و مقالات داخلی و لاتین؛
 - ادبیات نظری و بررسی پیشینه تحقیقات گذشته بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای شامل کتاب، مقالات و سایت‌های مرتبط؛
- مصاحبه‌های عمیق با خبرگان
- مستندات، مدارک، گزارش‌ها و مکتوبات موجود در وزارت بهداشت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

همانطور که در بخش‌های قبل هم توضیح داده شد، در مرحله اول تحقیق با توجه به استفاده از روش "تحلیل تم/مضمون" از روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی استفاده می‌شود؛ برای بررسی وضعیت مدل و اجزای آن از روش‌های تحلیل تم و روش‌های تجزیه و تحلیل مطالعات چندموردی مثل تحلیل درون‌موردی^{۳۶} و تحلیل بین‌موردی^{۳۷} استفاده شد، که این کار با استفاده از نرم‌افزار Max QDA صورت پذیرفت.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات به عنوان بخشی از فرایند روش تحقیق علمی یکی از پایه‌های اصلی هر مطالعه و پژوهش به شمار می‌رود که به وسیله آن کلیه فعالیت‌های تحقیقی تا رسیدن به یک نتیجه، کنترل و هدایت می‌شوند. داده‌های جمع‌آوری شده اعداد و ارقامی بدون معنی می‌باشند که از آمار برای معنی دار کردن آنها به منظور تحقق اهداف پژوهش و تحقیقات کمک

در مرحله دوم بررسی، توصیف و ارزیابی مورد‌های منتخب بر اساس مفاهیم چارچوب توسعه‌یافته، جامعه آماری عمدتاً شامل تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت در چند مورد منتخب بوده است.

در مرحله دوم یعنی توصیف و بررسی چند مورد منتخب بر اساس مدل توسعه‌یافته، نیز از روش نمونه‌گیری هدفمند و قضاوتی استفاده شد، به گونه‌ای که پس از بحث و رتیزی با مدیران، خط‌مشی‌گذاران و پزشکان در چند مورد منتخب، مدیران و افراد کارشناس با سابقه در حوزه سلامت شناسایی و مصاحبه‌هایی با آنها صورت گرفته و پاسخ‌های مورد نظر آنها دریافت شده است.

روش نمونه‌گیری

در مرحله اول یعنی ساخت چارچوب تحقیق از ترکیبی از روش‌های هدفمند و گلوله‌برفی برای انتخاب نمونه استفاده شده است که روشی ترکیبی برای گردآوری داده است. در این روش افرادی که در این زمینه خبره بودند و معیارهای لازم را داشتند شروع به مصاحبه‌گیری و ضمن تحقیق در مورد سوالات، از آنها خواسته شد تا متخصصان و افراد دیگری را در این زمینه معرفی کنند، بنابراین به جز چند نفر اول که به صورت مستقیم توسط محقق انتخاب شدند؛ بر اساس معیارهای مورد نظر، کارشناسان دیگر علاوه بر معیارهای تخصص توسط کارشناسان دیگر انتخاب شدند. از طرفی کفایت نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری نظری حاصل شد.

تمامی افراد جدول زیر (مصاحبه‌شوندگان) به نوعی (مستقیم/غیر مستقیم) در تماس و مقابله با کرونا و مسائل ناشی از آن هستند که در آن حرف اول نام خانوادگی آنها برای حفظ اطلاعات به دست آمده، به عنوان یک شناسه در نظر گرفته می‌شوند.

گرفته می‌شود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش با روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد و نتایج آن بیان می‌گردد.

این قسمت از پژوهش به ارائه تحلیل‌های آماری درباره داده‌های جمع‌آوری شده و تحلیل‌های کیفی برآمده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان اختصاص داده شده است. به دلیل رعایت اخلاق حرفه‌ای در پژوهش از جمله مشخصات و پاسخ مصاحبه‌شوندگان، اسامی آنان در پژوهش ذکر نشده است و جهت بازشناسی آنان کد (عدد و حروف) در نظر گرفته شده است.

اقدامات و نتایج مرحله اول تحلیل داده‌ها/ کدگذاری اولیه
در مرحله اول متن مصاحبه‌ها و اسناد به دقت مورد بررسی قرار گرفت و برای هر یک از مصاحبه‌ها و اسناد جدولی ترسیم شد که در آن تکه‌هایی از متن مصاحبه که مرتبط با مفهوم یادگیری بود در سمت چپ جدول و کد تخصیص داده شده به آن در سمت راست جدول نوشته شده است. در ادامه، جدول

مضامین نشان داده خواهد شد.

مضمون بندی کدها

همان‌گونه که بیان شد پس از استخراج مضامین، در کدگذاری ثانویه با مقایسه مفاهیم، موارد مشابه و مشترک در قالب مضمونی واحد قرار می‌گیرد؛ بنابراین انبوه داده‌ها (کدها - مفاهیم) به تعداد مشخص و محدودی از مضامین عمده کاهش می‌یابد.

اقدامات و نتایج مرحله دوم تحلیل داده‌ها

در مرحله دوم یعنی ساختن مضامین سازمان‌دهنده، مجموع کدهای توصیفی حاصل از مرحله اول در دسته‌های مرتبط به هم قرار گرفتند، در مجموع ۱۵۲ مضمون پایه در این مرحله بدست آمد که در جدول ۲، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه تشکیل‌دهنده هر یک از آن‌ها نشان داده شده است، که ستون سمت راست مضامین پایه و ستون سمت چپ، مضامین سازمان‌دهنده می‌باشد.

جدول ۲: مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه تشکیل‌دهنده هر یک از مضامین سازمان‌دهنده

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده
وابستگی متقابل	حیات مشترک	خدماتحوری	توجه به الطاف الهی
	نیاز به جمع		اهمیت فناپذیری انسان
	همبستگی		احترام به قوانین الهی
	درد مشترک		نداشتن خودبرتر بینی
	تلاش همگانی		کنار گذاشتن منیت
	سرنوشت مشترک		غلبه بر پوچی و بی‌معنایی
	زندگی جمعی		مصرف نعمت در مسیر کمال
اعتماد به نفس	درک حضور دیگران	فرهنگ‌سازی	ساخت فرهنگ
	مسئله مشترک		نمودهای رفتاری - فرهنگی
	بزرگنمایی نکردن قدرت دیگران		فراز و فرودهای فرهنگی
	حق دادن به عواطف		تغییر مسائل رفتاری
نگاه سیستماتیک و تفکر جمعی	همدلی با خود	فرهنگ‌سازی	نگاه نو به فرهنگ
	حق دادن به خودمان		ساخت و انتقال فرهنگ
	جامع‌نگری		ساختن جامعه‌ای امن و دلسوز
	تفکر همه‌جانبه		بومی‌گرایی
	پیشرفت همه‌جانبه		آوردگاه فرهنگی

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده
	اصلاح فرهنگ		اصلاح فرهنگ
	توسعه ارتباطات بین‌المللی		توسعه ارتباطات بین‌المللی
مقاومت	پیچیدگی روابط بین‌الملل	شبکه‌سازی	پیچیدگی روابط بین‌الملل
	حفاظت از منابع انسانی	مدیریت منابع انسانی	حفاظت از منابع انسانی
	نگهداری از زمین		نگهداری از زمین
الگوگیری	مصرف نعمت در خدمت طبیعت	حفظ محیط زیست	مصرف نعمت در خدمت طبیعت
	جلوگیری از تخریب طبیعت		جلوگیری از تخریب طبیعت
	اهمیت تقاضا	تقاضامحوری	اهمیت تقاضا
ارزش‌مداری	مصرف نعمت در خدمت انسان	انسان‌مداری	مصرف نعمت در خدمت انسان
	تعامل		تعامل
	ارتباط		ارتباط
	مهربانی و شفقت	مشارکت	مهربانی و شفقت
ثبات و تعادل	حمایت مردمی		حمایت مردمی
	همکاری		همکاری
	تامل و تعقل		تامل و تعقل
	تنظیم راه‌حل		تنظیم راه‌حل
	پرهیز از مصلحت‌اندیشی	اقدام عقلانی	پرهیز از مصلحت‌اندیشی
	مطالعه و پژوهش		مطالعه و پژوهش
	آمادگی قبلی		آمادگی قبلی
	پیش‌بینی		پیش‌بینی
	اولویت‌بندی		اولویت‌بندی
	اداره مطلوب امور داخلی		اداره مطلوب امور داخلی
آینده‌نگری و هدف‌گذاری	مدیریت شایسته	مدیریت کارآمد	مدیریت شایسته
	برخورد اصولی و فنی کارآمد		برخورد اصولی و فنی کارآمد
	توجه به ظرفیت‌های موجود	پتانسیل‌سازی درونی	توجه به ظرفیت‌های موجود
	تخصیص بودجه		تخصیص بودجه
	حمایت اقتصادی	بودجه و معیشت	حمایت اقتصادی
	منابع		منابع
	ساخت تجهیزات		ساخت تجهیزات
	توسعه زیرساخت‌ها	زیرساخت‌های کارآمد	توسعه زیرساخت‌ها
	نظام پیشرفته بهداشتی و پزشکی		نظام پیشرفته بهداشتی و پزشکی
آموزش	امکانات و تجهیزات		امکانات و تجهیزات
	سرعت		سرعت
	سرعت در کار	سرعت عمل	سرعت در کار
	سرعت شیوع		سرعت شیوع
	آموزش‌های پایه‌ای		آموزش‌های پایه‌ای
	آموزش دادن		آموزش دادن
	مواد آموزشی و دستورالعمل		مواد آموزشی و دستورالعمل
	آموزش کودکان		آموزش کودکان
	ارائه توصیه		ارائه توصیه
	اهمیت آموزش		اهمیت آموزش
	راهنمایی‌های لازم		راهنمایی‌های لازم

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه تشکیل‌دهنده
تخصص‌گرایی	بهره‌گیری از متخصصان امر متخصص		علم اولیه تبادل اطلاعات و تجارب
عمل‌گرایی	پشتکار سخت‌کوشی عدم انفعال	مدیریت دانش	علم و دانش انتقال دانش دانش بیشتر
اقتدار	قاطعیت در برخورد نظارت سخت		گردآوری اطلاعات ذخیره اطلاعات
فرصت‌شناسی	استفاده از فرصت بهره‌مندی از فرصت‌ها	سرمایه‌گذاری بر روی نسل‌های پایه	حمایت از کودکان و نوجوانان
فناوری‌دورکاری	بهره‌گیری از امکانات و مزیت‌های فضای آنلاین تکنولوژی و علم روز نظام یکپارچه اطلاعات و ارتباطات	نظارت و بازرسی	نظارت سخت بهبود نظارت، مهارت و درمان ارزیابی
مدیریت هیجانات	غلبه بر ترس و استرس همدلی با حس‌ها و عواطف شدید غلبه بر پوچی و بی‌معنایی غلبه بر کسالت و بی‌حوصلگی	آگاهی‌بخشی	اطلاع‌رسانی شناخت جمع‌آوری اطلاعات دانش بیشتر
نوآوری	به اشتراک‌گزاردن یادگیری و نوآوری‌ها راه‌های تازه	پیچیدگی	ناشناخته بودن اطلاعات اندک ابهام
پیشگیری	علاج قبل از وقوع مهار و کنترل	عدالت نواندیشی و بازنگری در رویه‌ها	برابری تغییر نگاه
شایسته‌سالاری	انتخاب شایستگان		اطلاع‌رسانی
اعتمادسازی	اعتماد	شفافیت	صراحت حقیقت

اقدامات و نتایج مرحله سوم تحلیل داده‌ها:

یکپارچه‌سازی از طریق مضامین فراگیر

ارائه گردید. در ادامه و در جدول ۳، مضامین فراگیر و مضامین سازمان‌دهنده تشکیل‌دهنده آنها آورده شده است، که ستون سمت راست مضامین سازمان‌دهنده و ستون سمت چپ، مضامین فراگیر می‌باشد.

در مرحله‌ی سوم تحلیل داده‌ها، به مضامین سازمان‌دهنده که در مرحله قبل بدست آمدند و با توجه به ادبیات موضوع و حساسیت نظری، ۱۱ مضمون فراگیر تخصیص داده شده و سپس چارچوب مفهومی پژوهش

جدول ۳: مضامین فراگیر و مضامین سازمان‌دهنده تشکیل‌دهنده آن‌ها

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فراگیر
اقدام عقلانی	عملکرد سریع، نوآورانه و استراتژیک	مشارکت	مضامین فراگیر
شبکه‌سازی		ارزش‌مداری	
سرعت عمل		انسان‌مداری	
پتانسیل‌سازی درونی		وابستگی متقابل	
پیشگیری	مدیریت آینده‌نگر مبتنی بر دانش	اقتدار	اقدام مقتدرانه
نوآوری		عمل‌گرایی	
نواندیشی و بازنگری در رویه‌ها		نظارت و بازرسی	
مدیریت کارآمد		فرصت‌شناسی	
بودجه و معیشت	مدیریت آینده‌نگر مبتنی بر دانش	الگوگیری	تجربه‌اندوژی
آینده‌نگری و هدف‌گذاری		آگاهی‌بخشی	
مدیریت دانش		اعتمادسازی	
مدیریت منابع انسانی		شفافیت	
آموزش	توسعه پایدار و همه‌جانبه با محوریت آموزش	پیچیدگی / ابهام	احیاء و ایجاد فرهنگ طبیعت دوستی
سرمایه‌گذاری بر روی نسل‌های پایه		فناوری دورکاری	
نگاه سیستماتیک و تفکر جمعی		فرهنگ‌سازی	
زیرساخت‌های کارآمد		حفظ محیط زیست	
خدمات‌محوری	معنویت‌گرایی	برابری	عدالت
مقاومت			
اعتماد به نفس			
شایسته‌سالاری			
تخصص‌گرایی	نخبه‌پروری	ثبات و تعادل	

این ضریب در فصل چهارم بعد از بخش کدگذاری باز آورده شده است.



شکل ۱: فرمول محاسبه پایایی بین کدگذاری‌ها

در این پژوهش برای محاسبه پایایی بازآزمون (کدگذاری مجدد) از بین مصاحبه‌های انجام شده، تعداد ۳ مصاحبه انتخاب شد نتایج حاصل از کدگذاری‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

محاسبه پایایی بین دو کدگذار

به منظور تعیین پایایی کدهای استخراجی، از روش پایایی بین دو کدگذار یا توافق درون موضوعی دو کدگذار استفاده شده است. برای محاسبه پایایی بازآزمون از میان مصاحبه‌های انجام گرفته چند مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شده و هریک از آنها در یک فاصله زمانی کوتاه و مشخص، دوبار کدگذاری می‌شوند. سپس کدهای مشخص شده در دو فاصله زمانی برای هر کدام از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شده‌اند. برای محاسبه پایایی بین کدگذاری‌های انجام شده توسط محقق در دو فاصله زمانی از فرمول زیر استفاده شده است. که نتیجه و نحوه محاسبه

جدول ۴: محاسبه تعداد توافقات کدگذاری

ردیف	مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد مورد توافق	تعداد عدم توافق	پایایی بازآزمون (درصد)
۱	J	۶۴	۲۴	۲۱	۷۱
۲	H	۷۱	۲۶	۲۴	۶۹
۳	M	۶۸	۳۲	۲۶	۷۲
	مجموع	۲۰۴	۸۲	۸۱	۷۱

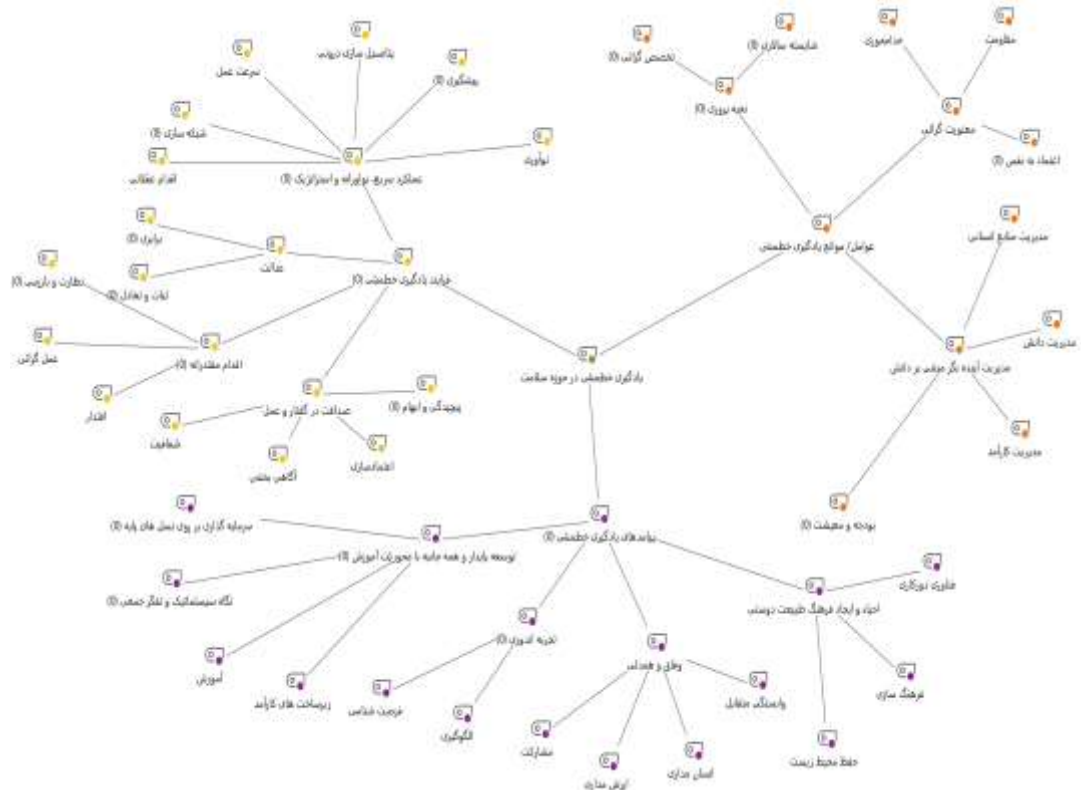
- یافته‌های جدول نشان می‌دهد که مجموع کدها در دوفاصله زمانی ده روز برابر ۲۰۴ و تعداد کل موارد توافق گرفته در مجموع سه مصاحبه ۸۲ و مجموع تعداد عدم توافق نیز ۸۱ می‌باشد؛ بنابراین یافته‌های مربوط به پایایی بازآزمون نشان می‌دهد نتیجه بر اساس این فرمول برابر با ۷۱ درصد است و بنابر نظر کاواله (۱۹۹۶) به نقل از مقیمی، (۱۳۹۴:۱۱۸) از آنجا که پایایی بالاتر از ۶۰ درصد قابل قبول است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کدگذاری‌های انجام گرفته از پایایی منافی برخوردار است.
- جمع‌آوری داده‌ها از چند منبع اطلاعاتی؛
- مصاحبه با مدیران، تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران، مصاحبه با خبرگان و مشاهدات محقق؛
- پیشگیری از مفروضات اولیه در نتیجه‌گیری از طریق بازخورد.

پالایش مضامین و ترسیم چارچوب مفهومی پژوهش با مطالعه داده‌ها و اطلاعات استخراج شده در نهایت، ۴۳۱ کد باز (مفهوم اولیه)، ۱۵۲ مضمون پایه، ۳۹ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۱ مضمون فراگیر شناسایی شدند که این مضامین و مفاهیم عمدتاً از مصاحبه‌ها بدست آمدند، این مضامین بارها توسط محقق بازبینی و اصلاح شد و مضامین مشابه و یکسان در یک دسته قرار گرفتند. همانگونه که در فصل پیشین بیان شد، شبکه مضامین متشکل از مضامین پایه، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر است.

در پژوهش حاضر با مرور و بازبینی مضامین و انجام طبقه‌بندی‌های گوناگون، سرانجام محقق به چارچوبی مفهومی برای یادگیری خط‌مشی در حوزه سلامت دست یافت.

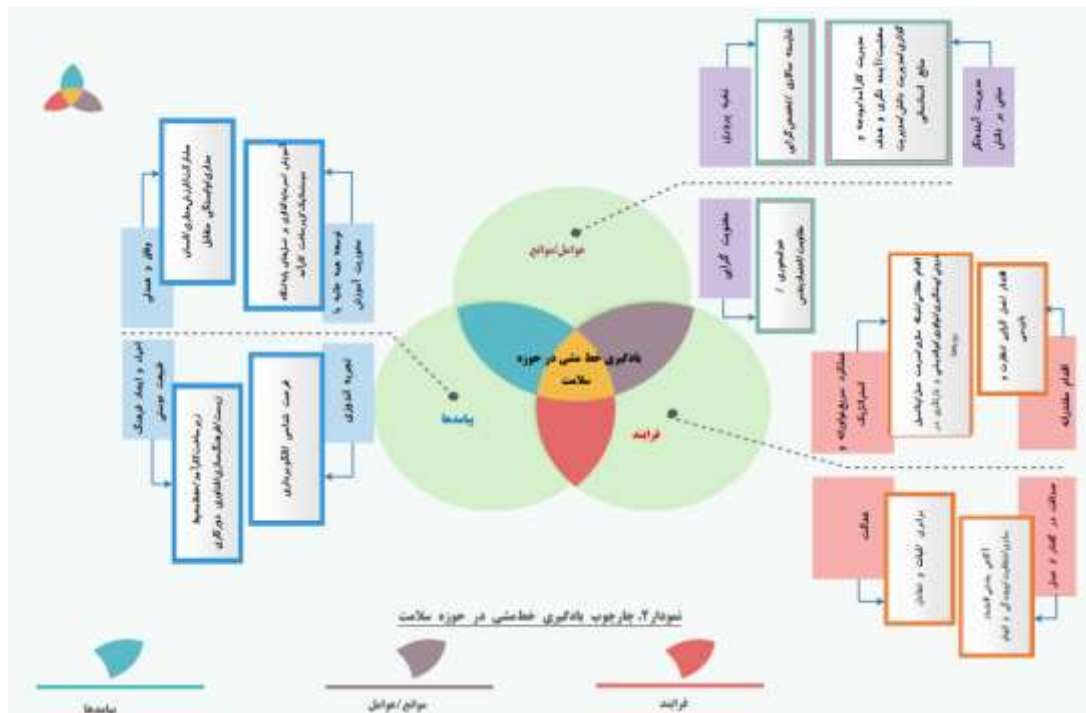
در جدول ۴، تلاش شده است تا مفاهیم مشابه و مشترک با مضمون واحد جایگزین شود و مضامین اصلی تحقیق مشخص شود.

برخلاف تحقیق‌های کمی، تحقیق‌های کیفی تست‌های خاصی برای تأیید اعتبار ندارند. در این تحقیق برای افزایش اعتبار درونی از روش‌های مثلث‌سازی، مرور و بازبینی افراد و بررسی زوجی استفاده شد و همچنین نظرسنجی از مدیران، کارشناسان و مشاوران وزارت بهداشت، چارچوب نهایی را به اندازه مناسبی قابل تعمیم ساخته است. همچنین، برای تضمین درستی و اعتبار از راهبردهای زیر استفاده شد:



نمودار ۱: خروجی حاصل از نرم افزار Max QDA، اصالت داده‌های کدگذاری شده

فصلنامه خط مشی گذاری عمومی در مدیریت



نمودار ۲: چارچوب یادگیری خط مشی در حوزه سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه با توجه به شرایط کرونا و نیاز روزافزون به یادگیری و آموزش، امکان انجام تصمیم‌گیری‌ها و خط‌مشی‌گذاری‌های نوینی فراهم شده و خط‌مشی‌گذاران می‌توانند با استفاده از تکنولوژی‌های به روز، اقدام به یادگیری‌های مکرر نموده و تصمیمات خود را ارائه دهند. در این راستا یادگیری خط‌مشی شیوه‌ای از خط‌مشی‌گذاری جدید است که با توجه شرایط کرونا و مشکلات روزمره اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. خط‌مشی‌گذاران با استفاده از واسطه‌های مبتنی بر یادگیری، افراد را در کنار یکدیگر آموزش می‌دهند و در همین حین یاد می‌گیرند. این همه‌گیری‌ها، خط‌مشی‌گذاران سلامت را با چالش‌ها و مسائل جدیدی مواجه می‌کند که اگر نتوانند به خوبی این چالش‌ها را مدیریت کنند، ممکن است باعث ضعیف شدن تصمیمات و عدم برقراری شبکه‌سازی اثربخش شوند؛ بنابراین می‌توان گفت یادگیری خط‌مشی در چنین شرایطی نه تنها بسیار واجب است، بلکه جمع‌آوری و انتظار اطلاعات نیز از همین طریق صورت می‌گیرد. بنابراین نقش اساسی و مسئولیت‌های خط‌مشی‌گذاران تغییر نمی‌کند. تنها چیزی که تغییر می‌کند این است که قانون‌گذار/ خط‌مشی‌گذار چگونه می‌تواند به طور موثر با مردمان خود ارتباط برقرار کند و موضوعی دیگر که باید در یادگیری خط‌مشی در نظر داشت این است که خط‌مشی‌گذاران باید فناوری‌های جدید را درک کنند. باید بدانند که چگونه می‌توانند از آن برای تامین نیازهای مردم استفاده کنند و رابطه، اعتماد و ادراک در جامعه برقرار سازند. وجود اعتماد و ادراک در رابطه، زمینه هماهنگی بین مردم و مشارکت فعالیت‌های آنها را به بهترین نحو فراهم می‌سازد. در همین راستا چارچوب مفهومی یادگیری خط‌مشی در وزارت بهداشت متشکل از مجموعه‌ای سیستماتیک از شرایط، زیرساخت‌ها، مقولات و ... است که زمینه را برای بسترسازی یادگیری فراهم می‌سازد.

چارچوب یادگیری خط‌مشی سرمشق و الگوی رفتارهای موفقیت آمیز برای زندگی مدرنیته امروزی می‌باشد که جوابگوی نیازهای افراد و جوامع بشری در بستر سلامت‌محوری می‌باشد. این چارچوب فرایندی بوده و روش عمومی آن به این صورت می‌باشد:

- تعیین دقیق ویژگی‌ها و مشخصات؛
- شناسایی زیرساخت‌های مورد نیاز با استفاده از منابع گوناگون، مصاحبه با افراد موفق و نمونه در حرفه‌های مورد نظر؛
- دسته‌بندی ویژگی‌های مورد نیاز یادگیری خط‌مشی در حوزه سلامت به حوزه‌ها، واحدها و اجزای رفتاری. خط‌مشی‌گذاران و تصمیم‌گیران حوزه سلامت در مواجهه با ویروس کرونا، تصمیم‌گیری‌های خود را تحت تاثیر منابع و اختیار گوناگونی اتخاذ می‌کنند و اهمیت تاثیرات سیاست‌گذاری‌ها بدین جهت است که تاثیر مستقیمی بر الگوی حکمرانی و سلامت و جان مردم دارد، فلذا باید تمامی مقتضیات و مسائل را لحاظ کنند و سپس اتخاذ تصمیم بنمایند و مسئله مهم‌تر از اتخاذ تصمیم، بحث نحوه و چرائی و چگونگی اجرای آن خط‌مشی مدنظر می‌باشد. تا پیش از وجود این پاندمی ممکن است که درک درستی از یکسری واقعیات مانند مباحث: وفاق و همدلی، معنویت‌گرایی، تجربه‌اندوزی، عدالت و... در امر خط‌مشی‌گذاری نداشته باشند و از آنجائیکه این بیماری به طور مستقیم جان مردم را هدف قرار داده بود، لازم می‌آمد که هر چه سریعتر تصمیماتی اتخاذ شود که بتواند وضع را به نحو احسن تغییر دهد؛ فلذا در این مرحله، تدوین خط‌مشی، مضامینی مانند: تخصص‌گرایی، شایسته-سالاری، نخبه‌پروری، اقدامات مقتدرانه، مدیریت آینده‌نگر مبتنی بر دانش، صداقت، شفافیت، آگاهی‌بخشی و عملکرد سریع و نوآورانه باید در دستور کار قرار گیرد تا بتوان با درس‌آموزی از این ویروس، اقدامات متقابلی صورت داد، بشرطیکه،

آوردن است ما نیز حتی در این شرایط نیز باید با پند گرفتن از پیشامدها در تلاش برای رشد و شکوفایی خود باشیم اگر جز این باشد صرفاً سختی را متحمل شدیم بی آنکه چیزی به ما افزوده شده باشد.

کرونا به ما آموخت که همیشه فرصت نداریم و هر لحظه ممکن است فرصت زندگی به پایان برسد باید هم اکنون برای شرایط بعد از کرونا برنامه‌ریزی و آینده‌نگری داشته باشیم. افزون بر این، به دلیل ماهیت پیچیده بیماری کرونا و سرعت فوق‌العاده شیوع آن در میان جوامع بشری، اجرای خطمشی‌های موثر برای مقابله با آن، خواه، ناخواه نیازمند کمک و مشارکت گسترده مردم در برنامه‌های مختلف می‌باشد، چه این مشارکت در بحث احیاء و ایجاد فرهنگ طبیعت‌دوستی باشد، و چه در مباحثی مانند: وفاق و همدلی، معنویت‌گرایی، عملکرد سریع و...، که پس از درس‌آموزی‌های مناسب از کرونا و کاربست عملی هر یک از آن‌ها، می‌توان منتظر نتایجی از قبیل: توسعه پایدار و همه‌جانبه با محوریت آموزش، آینده‌نگری و هدف‌گذاری، مدیریت کارآمد، اعتماد به نفس، حفظ محیط‌زیست، الگوگیری، ثبات و تعادل، عملگرایی و مواردی از این دست بود؛ که در همین راستا پیشنهاداتی برای یادگیری هر چه بهتر از کرونا در حوزه سلامت ارائه خواهد شد:

- بهره‌مندی از نظرات و مشارکت‌های مردمی در راستای تدوین و اجرای خطمشی‌های حوزه سیاست‌گذاری سلامت؛
- ابهام‌زدایی و شفاف‌سازی با اطلاع‌رسانی دقیق و صادقانه؛
- ارائه عدالت و کارایی در میدان عمل؛
- تمرکز بر افزایش سرمایه اجتماعی و اعتمادسازی؛
- محافظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت؛
- در نظر داشتن وابستگی متقابل افراد جامعه به یکدیگر؛

پیش‌شرط‌ها، اقتضائات و زیرساخت‌های لازم و کافی نیز که در مراحل قبل بدان‌ها اشاره شد، فراموش نگردند و در هر مرحله مورد بحث و بررسی قرار گرفته و پیاده‌سازی شوند.

اهمیت تصمیمات زیربنایی در اندیشه خطمشی‌گذاران سلامت به این دلیل است که تعامل مستقیمی با مسائل حکمرانی مرتبط با سلامت انسان‌ها در مقابل همه‌گیری ویروس داشته و مواجه شدن خطمشی‌گذاران حوزه سلامت که در تعامل مستقیم با مردم و سلامتی آن‌ها هستند در یک وضعیت بحرانی و ویژه، متاثر از اثرپذیری خطمشی‌های سلامت از این بحران است که باید در عمل، فکری اساسی برای آن اندیشیده شود و خطمشی‌های مناسب تدوین و عملیاتی شوند. در این بین، اقدامات عقلانی، نوآندیشی و بازنگری در رویه‌های جاری، فرصت‌شناسی، الگوگیری از کشورهای موفق در مواجهه با بحران و مهم‌تر از همه خدمات‌دهی و کمک‌رسانی به آحاد شهروندان در طی یک رویه کاملاً عادلانه، از مهم‌ترین اتفاقاتی است که باید رقم بخورد، تا تاب‌آوری، اعتماد به نفس، و همکاری را در میان شهروندان برای مشارکت و اجرای موفقیت‌آمیز خطمشی‌ها افزایش دهد.

همچنین کرونا به ما آموخت که عملکرد یک نفر می‌تواند بر زندگی انبوهی از افراد تأثیر بگذارد و همانطور که خداوند در سوره حشر توصیه می‌کند که از اتفاقات عبرت بگیریم و حضرت علی(ع) نیز فرموده‌اند: «عبرت‌ها فراوانند و عبرت‌پذیران اندک»؛ ما انسان‌ها نیز باید وجود خود را اینگونه رشد دهیم و عبرت‌گیری از اتفاقاتی که در پیرامون ما رخ می‌دهد یکی از راه‌های رشد دادن خود و مراقبت از خودمان است. باید شرایطی را که در نتیجه ویروس کرونا به وجود آمده است به مثابه یک دانشگاه در نظر بگیریم. در اینگونه چالش‌ها بیشتر یاد بگیریم و خود را رشد دهیم، زیرا انسان وقتی به ریزش برگ درختان نگاه می‌کند می‌آموزد از دست دادن مقدمه‌ای برای به دست

- انتخاب نسل‌های پایه به عنوان جامعه هدف و آینده‌ساز کشور؛
- تقویت باورهای دینی و روحیه خدامحوری با کمک نهادهای مذهبی؛
- نهادسازی متناسب با اهداف سیاستی؛
- حکمرانی اندیشمندانه با تدوین خط‌مشی‌های مبتنی بر خرد جمعی؛
- سرمایه‌گذاری گسترده بر روی نهاد آموزش از جمله مدارس ابتدائی و دانشگاه‌ها، در راستای ارائه برنامه سلامت ملی.

منابع و مأخذ

قرآن کریم؛

نهج‌البلاغه؛

امیری، سروش (۱۳۹۶). «نقش تجربیات بین‌المللی بر یادگیری سیاست‌گذاران». *پژوهش‌های روابط بین‌الملل*، ۷ (۲۶)، ۲۲۳-۲۴۲؛

امیری، علی‌نقی، دانائی‌فرد، حسن، زارعی‌متین، حسن و سیدمجتبی امامی (۱۳۹۰). «فهم جوهره خط‌مشی‌های عمومی: واکاوی نظری ماهیت تقلیدپذیری خط‌مشی‌گذاران ملی»، *مجله اندیشه مدیریت راهبردی*، سال پنجم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۰، شماره پیاپی ۹، ۳۹ صص ۶-۴۴؛

شاهمرادی، روح‌اله، تدبیری، سیروس، مجیدی، مریم و علیرضا افشارنژاد (۱۳۹۹). «ارایه مدل ساختاری تفسیری، خط‌مشی‌گذاری مسئولیت اجتماعی اسلامی در نظام سلامت»، *فصلنامه خط‌مشی‌گذاری عمومی در مدیریت*، سال یازدهم، شماره ۳۸، ۱۸ صص، ۱-۱۸؛

شیخ‌بیگلو، زین‌العابدین، تیمورنژاد، کاوه و یداله عباس‌زاده سهرن (۱۴۰۰). «تدوین و اعتباریابی مدل مشارکت ذی‌نفعان در خط‌مشی‌گذاری عمومی در سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت»، *فصلنامه*

خط‌مشی‌گذاری عمومی در مدیریت، سال دوازدهم، شماره ۴۴، ۱۱ صص، ۴۷-۵۷؛
 صفراهنگ، رسول (۱۳۹۹). «نقد فرانظری مبانی هستی‌شناختی حکمرانی دولت‌ها در سیاست‌گذاری سلامت برای کنترل همه‌گیری کووید-۱۹، (مطالعه موردی ایران)»؛ *پژوهشنامه علوم سیاسی*، سال پانزدهم، شماره دوم، ۴۲ صص ۱۸۳-۲۲۴؛
 عباسی، طیبه (۱۳۸۹). «تبیین عوامل موثر بر تغییر خط‌مشی در حوزه علوم، پژوهش‌ها و فناوری؛ موردکاوی: قانون اهداف، وظایف و تشکیلات وزارت علوم، پژوهشات و فناوری و قانون نحوه پذیرش دانشجوی در دانشگاهها و موسسات عالی کشور»، *رساله دکتری*، دانشکده مدیریت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

عباسی، طیبه؛ دانائی‌فرد، حسن؛ آذر، عادل؛ و الوانی، مهدی (۱۳۸۹). تبیین تغییر خط‌مشی با استفاده از نظریه جریانات چندگانۀ کینگدون: مطالعه موردی تغییر قانون اهداف، وظایف و تشکیلات وزارت علوم، پژوهشات و فناوری، فصلنامه سیاست علم و فناوری، سال سوم، شماره ۱، صص ۹۷-۸؛
 قدیری‌نوفروست، علی و وحید سینایی (۱۴۰۰). «بحران کرونا؛ تغییر یا تداوم الگوهای حکمرانی در دولت جمهوری اسلامی ایران»، *پژوهشنامه علوم سیاسی*، سال شانزدهم، شماره ۲، پیاپی ۶۲، ۴۶ صص ۱۷۵-۲۲۰؛

مافی‌مرادی، شیوا (۱۳۹۹). «ارائه مدلی برای تحلیل از خط‌مشی‌گذاری در حوزه سلامت»، *رساله دکتری*. موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، گروه مدیریت؛

یزدانی، حمیدرضا (۱۳۹۱). «تدوین مدلی برای اندازه‌گیری زنجیره ارزش منابع انسانی در گروه صنعتی سایپا: کاربردی از پژوهش آمیخته»، *رساله دکتری*، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd ed. Boston: Little, Brown & Company
- Lee, S., Hwang, C., & Moon, M. J. (2020). Policy learning and crisis policy-making: Quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea. *Policy and Society*, 39(3), 363-381.
- Mann J. Health and Human Rights (2006): If Not Now, When? *American Journal of Public Health*. 2006; 96: 1940-3.
- Martsof, G. R., & Thomas, T. H. (2019). Integrating political philosophy into health policy education. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 20(1), 18-27.
- Mehrdad, R. (2009). Health system in Iran. *JMAJ*, 52(1), 69-73.
- Mintrom, M., Vergari, S., (1996). "Advocacy Coalitions, Policy Entrepreneurs, and Policy Change." *Policy Studies Journal* 24: 420-34
- Moyson, S., Scholten, P., & Weible, C. M. (2017). Policy learning and policy change: Theorizing their relations from different perspectives. *Policy and society*, 36(2), 161-177.
- Petridou, E., & Mintrom, M. (2020). A research agenda for the study of policy entrepreneurs. *Policy Studies Journal*.
- Raofi, A., Takian, A., Sari, A. A., Olyaeemanesh, A., Haghighi, H., & Aarabi, M. (2020). COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Archives of Iranian medicine*, 23(4), 220-234.
- Rose, R. (1991). What is lesson-drawing? *Journal of Public Policy*, 11, 3-30;
- Sabatier, P., & Jenkins-Smith, H. (Eds.). (1999). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Takian, A., Raofi, A., & Kazempour-Ardebili, S. (2020). COVID-19 battle during the toughest sanctions against Iran. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1035.
- Witting, A., & Moyson, S. (2015). Learning in post-recession framing contests: Changing UK road policy (pp. 107-130).
- Yin, K.R. (2003). *Case study Research: Design and methods*. Sage publications.
- Yin, R., (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage.
- Albright, E. A. (2009). *Policy change and policy learning in a new democracy: Response to extreme floods in Hungary*. Duke University.
- Ansell, C. (2011). *Pragmatist Democracy: Evolutionary Learning as Public Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Aubin, D., Brans, M., & Fobé, E. (2017). Policy analysis in the central and regional governments. *Policy analysis in Belgium*, 81-106.
- Bennett, C., & Howlett, M. (1992). The lessons of learning: reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences*, 25(3), 275-294.
- Deutsch, K. W. (1963). *The nerves of government; models of political communication and control* (No. 04; JA73, D4.).
- Dunlop, C. (2013). Epistemic communities. In M. Howlett, S. Fritzen, W. Xun, & E. Araral (Eds.), *Routledge handbook of public policy* (pp. 229-243). New York, NY: Routledge.
- Dunlop, C. A., & Radaelli, C. M. (2020). The lessons of policy learning: Types, triggers, hindrances and pathologies. In *A Modern Guide to Public Policy*. Edward Elgar Publishing.
- Dunlop, C. A., Radaelli, C. M., & Trein, P. (2018). Introduction: The family tree of policy learning. In *Learning in public policy* (pp. 1-25). Palgrave Macmillan, Cham.
- Eisenhardt, K.M. (1989), "Building theories from case study research", *Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4, pp.532-550.
- Faraji, O., Etemad, K., Sari, A. A., & Ravaghi, H. (2015). Policies and programs for prevention and control of diabetes in Iran: a document analysis. *Global journal of health science*, 7(6), 187.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International organization*, 46(1), 1-35.
- Haas, P.M. (1992). Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *International Organization* 46(1), 1-36
- Hecl, H. (1974). *Modern Social Politics in Britain and Sweden* New Haven.
- Hecl, H. (1974). *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven, CT: Yale University Press;
- Howlett, M., & Cashore, B. (2009). The dependent variable problem in the study of policy change: Understanding policy change as a methodological problem. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 11, 29-42.

یادداشت‌ها

¹ Dunlop & et al.

² Policy Learning.

³ Deutsch.

⁴ Moyson & et al.

⁵ Coleman.

⁶ Majone.

⁷ Rose.

- ⁸ *Hass.*
- ⁹ *Lee & et al.*
- ¹⁰ *Dunlop & Radaelli.*
- ¹¹ *Dunlop & et al.*
- ¹² *Ansell.*
- ¹³ *Lee & et al.*
- ¹⁴ *Deutsch.*
- ¹⁵ *Hecló.*
- ¹⁶ *Sabatier & Smith.*
- ¹⁷ *Dunlop et al.*
- ¹⁸ *Vergari*
- ¹⁹ *Petridou, & Mintrom*
- ²⁰ *Albright*
- ²¹ *Hecló*
- ²² *Le & et al.*
- ²³ *Bennett and Howlett.*
- ²⁴ *Cashore.*
- ²⁵ *Aubin, Brans, and Fobé*
- ²⁶ *Lipsky*
- ²⁷ *Maan.*
- ²⁸ *Witting.*
- ²⁹ *Lee & et al.*
- ³⁰ *Martsof & Grant.*
- ³¹ *Multiple- case study.*
- ³² *Yin.*
- ³³ *Within-case analysis*
- ³⁴ *Cross-case analysis*
- ³⁵ *Eisenhardt.*
- ³⁶ *Within case analysis.*
- ³⁷ *Cross case analysis.*



A Framework for Learning Policy in the Field of Health

Vajhollah Ghorbanizadeh^{1*} - Sayyed Mohsen Allameh² - Hadi Khanmohammadi³ -
Hamid Reza Mohammadi Siahboomi⁴

Abstract

Background: The system of the Islamic Republic of Iran, like other systems of government, must have on its agenda for health issues, policies and strategies; applications that guarantee the health and optimal life for human beings. In late 2019, the world faced a pandemic phenomenon called corona. It affected all human, goal: organizational and even international relations and challenged health policy makers and decision makers. To ensure the health of human society with planned policies.

Method: The present method is a multi-case study method which is a qualitative method and the content analysis strategy and MaxQDA software have been used to analyze the data.

Finding: The statistical population of the study includes 12 experts and policy makers. Health at the Ministry of Health, which collected data using semi-structured interviews and purposeful sampling and snowballs. After collecting the data and reaching it. Theoretically, the analysis was performed. After studying the extracted data and information, 431 open source code / IDs, 152 basic themes, 39 organizing themes and 11 comprehensive themes were identified.

Results: These themes and concepts were mainly obtained from interviews and upstream documents and were reviewed and corrected many times by the researcher and similar themes were placed in the same category and a conceptual framework was presented.

Keywords: Learning, education, Public Policy, epidemic, health

¹ Associate Prof. Faculty of Management & accounting, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Iran. vghorbanizadeh@gmail.com (Corresponding Author)

² Associate Prof. Faculty of Faculty of Administrative Sciences and Economics, Isfahan University, Isfahan, Iran. sm.allameh@ase.ui.ac

³ Assistant Prof. Faculty of Management & accounting, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Iran. khanmohammadi@atu.ac.ir

⁴ PhD Student. Faculty of Management & accounting, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Iran. hmohammadi81@yahoo.com