



## A Realistic Evaluation Pattern of Co-Production Principles in Healthcare Programs

Tavallaei. Fateme<sup>1\*</sup>, Sharifzadeh. Fattah<sup>2</sup>, Vaezi. Reza<sup>2</sup>, Faraji. Seyed Jalalodin<sup>3</sup>

1- PhD Student in Public Administration(Public Policy-Making), Public Administration Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Professor of Public Administration(Public Policy-Making), Faculty of Public Administration Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor of Public Administration(Urban Management), Faculty of Public Administration Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

### Received Date:

2025.5.16

### Accepted Date:

2025.8.27

### \*Corresponding

#### Author Email:

f\_tavallaei@  
yahoo.com

### Declaration:

English abstract is translated by Deep Seek AI in an academic style.

## Abstract

**Background and purpose:** Non-communicable diseases (NCDs) are responsible for 76% of mortalities in Iran, and their management is dependent on community empowerment and the integration of structures in the provision of sustainable services. Co-production is a novel and interdisciplinary strategy that addresses the multifaceted needs of users. The aim of the present study was to identify the key themes of co-production in chronic disease management from the perspective of executive managers by integrating two approaches—the principles of co-production and the realistic evaluation framework—to develop a practical model for improving policymaking and providing context-based solutions.

**Methods:** This qualitative study, employing a thematic analysis strategy, examined data obtained from library studies and semi-structured interviews with 17 healthcare executive managers as expert key stakeholders, recruited through purposive sampling in 2025.

**Results:** The findings revealed that this model comprises 71 basic themes, 20 organizing themes, and 6 global themes. The operationalization of chronic disease management is achieved through developing participatory processes in clinical interventions, establishing justice-oriented ancillary services, identifying diverse groups, provider Capability, user responsiveness, and the shared interests of stakeholders.

**Conclusion:** Through an innovative synthesis, this study redefined core concepts and resolved theoretical ambiguities, while also presenting a context-based pattern for chronic disease management. Practical recommendations include the co-design of combined services to address multifaceted challenges, the development of interactive practices and delegations at various levels of the executive structure to tackle centralization, the concurrent monitoring of clinical-welfare indicators via secure data platforms, and the creation of incentives at all structural levels. Theoretical recommendations suggest longitudinal studies to evaluate long-term outcomes and the application of other qualitative approaches to incorporate the perspectives of patients and executive staffs.

**keywords:** Co-production Principles, Realistic Evaluation, Healthcare Programs, Non-Communicable Diseases (NCDs), Thematic Analysis



Copyright©2025 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

**Journal of Hospital, Volume 24, Issue 1, Spring 2025**

## الگوی ارزیابی واقع‌بینانه از اصول تولید مشترک برنامه‌های بهداشتی و درمانی

فاطمه تولایی<sup>۱\*</sup>، فتاح شریف‌زاده<sup>۲</sup>، رضا واعظی<sup>۳</sup>، سید جلال‌الدین فرجی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکترای مدیریت دولتی، گرایش سیاست‌گذاری، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۲- استاد تمام مدیریت دولتی، گرایش سیاست‌گذاری، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۳- استادیار تمام مدیریت دولتی، گرایش مدیریت شهری، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

### چکیده:

**زمینه و هدف:** بیماری‌های غیر واگیر عامل ۷۶٪ مرگ‌ومیر در ایران و مدیریت آن وابسته به توانمندسازی جامعه و یکپارچه‌سازی ساختارها در ارائه خدمات پایدار است. تولید مشترک راهبردی نوین و بین‌رشته‌ای است که به حل نیازهای چندجانبه کاربران می‌پردازد. هدف پژوهش حاضر، شناسایی مضامین کلیدی تولید مشترک در مدیریت بیماری‌های مزمن از دیدگاه مدیران اجرایی با تلفیق دو رویکرد اصول تولید مشترک و چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه برای دستیابی به الگوی کاربردی برای بهبود سیاست‌گذاری و ارائه راهکارهای زمینه محور است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش با به‌کارگیری روش‌شناسی کیفی و استراتژی تحلیل مضمون، به بررسی داده‌های حاصل از مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۷ مدیر اجرایی بهداشتی و درمانی به‌عنوان ذینفعان کلیدی خبره از طریق نمونه‌گیری هدفمند در ۱۴۰۳ به دست آمد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که این الگو شامل ۷۱ مضمون پایه، ۲۰ مضمون سازمان‌دهنده و ۶ مضمون فراگیر است. توسعه فرآیندهای مشارکتی در مداخلات بالینی، ایجاد خدمات جانبی عدالت‌محور، شناسایی گروه‌های گوناگون، قابلیت ارائه‌دهندگان، واکنش کاربران و منافع مشترک بازیگران، مدیریت بیماری‌های مزمن را عملیاتی می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** این پژوهش، با تلفیقی نوآورانه، به بازتعریف مفاهیم اولیه و رفع ابهامات نظری، هم‌چنین ارائه الگویی زمینه محور برای مدیریت بیماری‌های مزمن پرداخت. پیشنهادات کاربردی شامل طراحی مشترک خدمات ترکیبی برای رفع چالش‌های چندجانبه، توسعه شیوه‌های تعاملی و اختیارات در سطوح مختلف ساختار اجرایی برای رفع تمرکزگرایی، پایش هم‌زمان شاخص‌های بالینی رفاهی از طریق پلتفرم‌های امن داده و ایجاد مشوق در تمامی سطوح ساختاری است. پیشنهادات تئوریک شامل پژوهش‌های طولی برای ارزیابی پیامدها در بلندمدت و به‌کارگیری سایر رویکردهای کیفی برای شمول دیدگاه بیماران و کارشناسان اجرایی است.

**کلیدواژه:** اصول تولید مشترک، ارزیابی واقع‌بینانه، برنامه‌های بهداشتی - درمانی، بیماری‌های مزمن،

تحلیل مضمون

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۲/۲۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۶/۵

\* نویسنده مسئول مقاله:

f\_tavallaei@  
yahoo.com

## مقدمه

بیماری‌های غیر واگیر عامل ۷۶٪ کل مرگ‌ومیرهای کشور گزارش شده که مدیریت آن نیازمند رویکردهای نوین برای مواجهه با پیچیدگی‌های زیستی، فرهنگی و اجتماعی طولانی مدت در یکپارچه‌سازی و ایجاد استراتژی‌های پایدار است (۱، ۲). تولید مشترک رویکردی میان‌رشته‌ای است که از دانش مدیریت دولتی برای انعکاس پایین به بالای دیدگاه ذینفعان کلیدی در رفع موانع ساختاری (۳، ۴، ۵، ۶)، از دانش مدیریت خدمات برای فهم و اعمال دیدگاه و اقدامات کاربران در مراحل مختلف زنجیره خدمت (۳، ۷) و از دانش مشارکت عمومی برای توانمندسازی آنان در دستیابی به عدالت و بهبود کیفیت خدمات بهره می‌برد (۸). این رویکرد فراتر از مشارکت‌های نمادین و مشورتی در تلاش برای ایجاد تغییرات پایدار و منافع مشترک هم‌زمان برای ساختارها (همچون کاهش هزینه و بهبود کیفیت خدمات و رضایت شغلی کارکنان) و برای کاربران (همچون رضایت‌مندی، توجه به نیازهای چندجانبه و پاسخگویی دموکراتیک به آنان) است (۴، ۸). از این رو، در دستور کار بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا قرار گرفته است (۹، ۱۰). در ایران نیز به اجرای طرح‌های پیشگیری و خود مراقبتی در نمایه نظام سلامت<sup>۱</sup> (۱۱) و گسترش برنامه‌هایی نظیر ارتقای سلامت همه‌جانبه و برنامه‌های جامعه‌محور مشارکتی توجه شده (۱۲)، اما به دلیل ضعف ساختاری در هماهنگی‌های فرابخشی و حکمرانی محلی، کم‌رنگ بودن ابعاد انسانی آموزش و ناکافی بودن فعالیت‌های عدالت‌محور در برخی حوزه‌ها ناکارآمد بوده است (۱۳، ۱۴). این در حالی است که طبق تعریف موسسه تعالی مراقبت سلامت<sup>۲</sup>، اجرای موفق مداخلات وابسته به رعایت "اصول

تولید مشترک"<sup>۳</sup> به‌عنوان مبنایی ارزش‌محور است که به گوناگونی<sup>۴</sup> (شناسایی گروه‌های گوناگون)، تبادل دوسویه<sup>۵</sup> (منافع مشترک کاربران با ساختارها)، دسترسی<sup>۶</sup> (گسترش امکانات فیزیکی و اطلاعات) و برقراری عدالت اجتماعی<sup>۷</sup> (با به‌کارگیری تخصص‌های بین‌رشته‌ای در ایجاد فرصت برابر برای بهبود سطح بهره‌مندی) توجه می‌کند (۱۵). پیاده‌سازی این اصول نیاز به درک چرایی و چگونگی کارکرد مداخلات پیچیده دارد که چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه به‌عنوان رویکردی عمل‌گرا می‌تواند به درک اینکه چه چیزی در چه شرایطی و برای چه کسی کار می‌کند پردازد (۱۶). با این حال، این دو رویکرد بندرت در ادبیات پژوهش در تلفیق با یکدیگر قرار گرفته‌اند. به‌کارگیری اصول تولید مشترک در بازتعریف مؤلفه‌های ارزیابی واقع‌بینانه می‌تواند منجر به شفافیت مؤلفه‌های آن با توجه به شرایط واقعی جامعه هدف گردد. چراکه در مطالعات پیشین، به ابهامات مفهومی در مرز میان مؤلفه‌های ارزیابی واقع‌بینانه اعم از مداخله، مکانیسم و زمینه اشاره شده است (۱۷).

به‌عنوان مثال، در سطح روان‌شناختی و رفتاری، احساس اعتبار و مسئولیت‌پذیری کاربران در مداخلات آموزش آنلاین حوزه سلامت روان (۱۸)، یا احساس پذیرش و امنیت روانی در افشای مسائل شخصی در مداخله ابزارهای خودیاری به‌عنوان مکانیسم تغییر در نظر گرفته می‌شود (۱۹). این در حالی است که در مداخلات سطح سازمانی، کار تیمی و توزیع نقش‌ها با تکیه بر عوامل زمینه‌ای همچون ارتباطات فرابخشی و آموزش کارکنان در اجرای پروتکل‌های الکترونیکی به‌عنوان مرزی میان مداخله و مکانیسم در نظر گرفته شده که می‌تواند

<sup>3</sup> Co-Production Principles

<sup>4</sup> Diversity

<sup>5</sup> Reciprocity

<sup>6</sup> Access

<sup>7</sup> Equity

<sup>1</sup> Iran Health Profile

<sup>2</sup> Social Care Institute for Excellence (SCIE)

بهداشتی، درمانی و با اتکا به مطالعه کیفی با تلفیق دو رویکرد اصول تولید مشترک و ارزیابی واقع‌بینانه به منظور ارائه الگوی کاربردی برای بهبود سیاست‌گذاری همسو با ویژگی‌های اجتماعی و ساختاری کشور است.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر در یک پارادایم فرا اثبات‌گرایی و تفسیری، جهت‌گیری توسعه‌ای-کاربردی، رویکرد قیاسی-استقرایی و روش‌شناسی کیفی با به‌کارگیری استراتژی تحلیل مضمون برای کشف الگوی معنایی در تجارب مدیران اجرایی به‌عنوان ذینفعان کلیدی و نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت تا ضمن توسعه نظری از تلفیق دو رویکرد اصول تولید مشترک و ارزیابی واقع‌بینانه، به پیش‌های عملی در مدیریت بیماری‌های مزمن دست یابد. جامعه پژوهش شامل پژوهشگران با سابقه تحقیقاتی در زمینه مشارکت عمومی در سلامت به‌ویژه بیماری‌های مزمن و مدیران اجرایی در حوزه‌های مدیریتی، ستادی و عملیاتی مراکز بهداشتی‌درمانی بخش دولتی بواسطه فضای عمومی و مشارکتی این بخش است که مشخصات آن‌ها در جدول ۱ آورده شده است. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و معیار ورود نمونه‌ها به پژوهش بر مبنای آشنایی آنان با طیف متنوعی از مداخلات مرتبط با بیماری‌های مزمن (نظیر خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، تسکینی و سلامت روان)، داشتن تجربه در مناطق جغرافیایی گوناگون (روستایی و شهری)، طی کردن مسیر شغلی همسو با ساختارهای اجرایی پایین به بالا (از پست‌های کارشناسی به مدیریت پایه و سپس مدیریت میانی و ارشد ستاد سازمانی) و در یک بازه زمانی قابل توجه (حداقل ۲۰ سال) برای انعکاس نیازهای متنوع جوامع هدف، زوایای ساختاری و تعاملات فرابخشی است و در غیر این صورت از دامنه مشارکت‌کنندگان خارج می‌شوند.

منجر به پیامدهای بالینی و بهبود عملکرد گردد (۲۰). در سطح کلان‌تر، توسعه شبکه‌های همکاری افقی و سیستم‌های پشتیبانی داده با تکیه بر ساختارهای بهبود کیفیت برای کاهش زمان ارجاع در یکپارچه‌سازی خدمات به‌عنوان مکانیسم در نظر گرفته می‌شود (۲۱). در سطوح جامعه‌محور، بودجه محلی در راه‌اندازی خدمات بهداشتی و درمانی (۲۲)، قوانین ملی در شفافیت اطلاعات مالی در مداخلات بهداشتی مدرسه محور (۲۳)، یا احساس تبعیض، عاملیت و نمایندگی به‌عنوان مکانیسم اجتماعی تأکید شده است. هم‌چنین، وجود پیامدهایی همچون کسب تجربه مشارکتی (۲۳)، یا افزایش ظرفیت پاسخگویی سیستم (۲۱) می‌تواند همپوشانی قابل توجهی در نقش چرخشی پیامدها را نشان داده و آن را به‌عنوان زمینه و بستری برای تحولات بعدی معرفی کند.

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه در پژوهش‌های تولید مشترک مرتبط با مدیریت بیماری‌های مزمن، دارای ضعف‌تئوریک در تبیین مفاهیم کلیدی، نادیده انگاشتن تعامل پویای اکوسیستم چند سطحی، محدود به توسعه برخی حوزه‌های بهداشتی و سلامت روان در مداخلات بالینی بدون لحاظ کردن خدمات توانمندساز برای برقراری عدالت اجتماعی، عمدتاً در کشورهای توسعه‌یافته بدون انعکاس موانع ساختاری و فرهنگی سایر مناطق و محدود به نظرات کاربران و نادیده گرفتن طیف گسترده‌ای از ذینفعان کلیدی دیگر نظیر مدیران اجرایی انجام شده است. استخدام اصول تولید مشترک در بهبود مؤلفه‌های ارزیابی واقع‌بینانه تلفیقی نوآورانه است که می‌تواند ضمن توسعه نظری، به رفع شکاف‌های پژوهش و ارائه چارچوبی برای طراحی برنامه‌های کاربر محور کمک کند. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر، شناسایی مضامین کلیدی تولید مشترک در مدیریت بیماری‌های مزمن، از دیدگاه مدیران اجرایی در بخش‌های

جدول ۱- مشخصات خبرگان

متغیر	نوع متغیر	تعداد	فراوانی
تحصیلات	فوق تخصص	۳	۰/۱۸
	دکتر	۹	۰/۵۳
	کارشناسی ارشد	۵	۰/۲۹
سابقه کاری	۲۰ تا ۲۵ سال	۱۰	۰/۵۹
	بالای ۲۵ سال	۷	۰/۴۱
جنسیت	زن	۴	۰/۲۴
	مرد	۱۳	۰/۷۶
حوزه فعالیت	مدیران بهداشت غیر واگیر	۷	۰/۴۱
	مدیران درمان غیر واگیر	۵	۰/۲۹
	مدیران ستادی	۲	۰/۱۲
	پژوهشگر برنامه‌های جامعه‌محور سلامت	۳	۰/۱۸

مراحل پژوهش طبق دستورالعمل گویا و لینکلن (۲۴) در شش گام آشنایی عمیق با داده‌ها، تولید کدهای اولیه توصیفی، جستجوی مضامین پایه با گروه‌بندی کدهای مرتبط، بازبینی و تشکیل شبکه مضامین، تعریف و نام‌گذاری نهایی مضامین و تهیه گزارش تحلیلی انجام شد. بدین صورت که پس از یک مطالعه گسترده بر انواع شیوه‌های مشارکت در نظام سلامت و آشنایی نسبی به مفاهیم اولیه این حوزه، مدل ارزیابی واقع‌بینانه و اصول تولید مشترک بر اساس رهیافت‌های موجود به‌عنوان بدنه اصلی کار انتخاب و با جستجوی کلیدواژه‌گانی همچون بیماری‌های مزمن، تولید مشترک، ارزیابی واقع‌بینانه، مشارکت عمومی، مشارکت بیمار و جامعه، در پایگاه‌های علمی و معتبر داخلی و خارجی، پیشینه‌ای از آن تهیه گردید.

گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته برای بررسی سیستماتیک موضوعات کلیدی همسو با هدف مطالعه و کاوش موضوعات نوظهور و درک غنی از پیچیدگی‌های فرهنگی و بومی تولید مشترک انجام شد. بدین صورت که پس از تعیین هدف پژوهش و با تکیه بر ادبیات پیشین، راهنمای مصاحبه به‌صورت نیمه ساختاریافته تدوین و برای تأیید روایی آن پس از انجام سه مصاحبه، اصلاحات لازم توسط اساتید انجام و ترتیب و نوع سؤالات مورد تأیید نهایی قرار گرفت. این سؤالات پیرامون "خدمات موردنیاز برای مدیریت بیماری‌های مزمن، ساختارهای لازم برای تقویت مشارکت مردم، تعامل کاربران با خدمات و پیامدهای آن برای جامعه و سازمان" است (جدول ۲).

## جدول ۲- سؤالات پژوهش

چه راهبردهایی برای شناسایی و دسترسی هدفمند به گروه‌های مختلف جامعه در حوزه بیماری‌های غیر واگیر وجود دارد؟
چگونه می‌توان مشارکت بیماران و جامعه را در اجرای خدمات بهداشتی درمانی حوزه بیماری‌های غیر واگیر افزایش داد؟
چه تغییراتی در زیرساخت‌های سازمانی برای توسعه فرآیندهای مشارکتی در اجرای خدمات بهداشتی درمانی حوزه بیماری‌های غیر واگیر نیاز است؟
خدمات سایر بخش‌ها برای ارتقا مشارکت گروه‌های مختلف جامعه در برنامه‌های بهداشتی درمانی حوزه بیماری‌های غیر واگیر کدام است؟
نقش بیماران و گروه‌های مختلف جامعه در مواجهه با خدمات بهداشتی درمانی حوزه بیماری‌های غیر واگیر چگونه است؟
پیامدهای حاصل از مشارکت بیماران و جامعه در اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی حوزه بیماری‌های غیر واگیر کدام است؟

بدین گونه که بلافاصله پس از هر مصاحبه، فرآیند ثبت، مرور کلی، شناسایی، یادداشت‌برداری، کدگذاری و طبقه‌بندی گزاره‌های مرتبط آغاز می‌شد. سپس متن مجدداً و به صورت سطر به سطر مورد بررسی قرار گرفت و کدهای توصیفی شامل مفاهیم کلیدی صریح و مکنون و مضامین پایه حاصل از آن‌ها و مضامین سازمان‌دهنده از دل وجوهی از اشتراک پس از بارها و بارها مقایسه با داده‌های قبلی، بازبینی، تحلیل و تفسیر شکل گرفت. برای اطمینان از تفسیر صحیح از داده‌ها، بازبینی مجدد با مشارکت کنندگان انجام و در صورت نیاز، مطالعات یا مصاحبه‌های تکمیلی برای شفافیت بیشتر در طول مسیر تا رفع ابهامات انجام گرفت.

بدین گونه شبکه مضامین شکل گرفته و با مبانی نظری تطبیق داده شد. این فرآیند رفت و برگشتی تا جایی ادامه یافت که دیگر مضمون جدیدی به کار اضافه نگردید و اجماع در داده‌ها حاصل شد و در انتها گزارش نهایی شامل توصیف مضامین و تحلیل آن‌ها انجام شد.

پس از انجام ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ کد اخلاق و حفظ محرمانگی اطلاعات مشارکت کنندگان، به تشریح اهداف مصاحبه و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها اقدام و در صورت موافقت، مصاحبه‌ها ضبط گردید. مدت زمان هر مصاحبه به طور میانگین ۹۰ دقیقه بود که در محل کار شرکت کنندگان انجام شد. پس از مصاحبه با ۱۲ نفر، تحلیل به اشباع نظری رسید و اطلاعات جدید و قابل توجهی به مطالب اضافه نشد که نشانگر کفایت حجم نمونه برای هدف پژوهش کیفی بود. با این حال، برای اطمینان ۵ مصاحبه تکمیلی دیگر تا رسیدن به مصاحبه ۱۷ ام ادامه یافت.

برای تحلیل داده‌های کیفی از استراتژی تحلیل مضمون به دلیل انعطاف‌پذیری و تناسب برای کاوش تجارب پیچیده زیسته و معانی ذهنی مدیران اجرایی نسبت به اقدامات مشارکتی استفاده شد، بدین گونه امکان شناسایی ارکان تولید مشترک مرتبط با هدف و سؤال پژوهش به‌عنوان الگوهای برآمده از داده‌های کیفی و با توجه به زمینه ذهنی و اجتماعی محقق و مشارکت کنندگان فراهم شد (۲۵، ۲۶).

مصاحبه شوندگان قرار گفت تا میزان توافق خود را با یافته‌ها بیان کنند و موافقت ۸۴٪ با الگوی مورد نظر به دست آمد و تاییدپذیری را تائید کرد. مجموعه تلاش‌ها برای اعتباریابی پژوهش حاکی از اعتبار لازم کدگذاری و الگوی مستخرج نزد خبرگان می‌باشد.

### یافته‌ها

به‌طور کلی ۱۷ نفر در پژوهش شرکت کردند که شامل مدیران عملیاتی، میانی و ارشد دانشگاه علوم پزشکی نظیر مدیران بخش بیماری‌های غیر واگیر در بهداشت و درمان، معاونین فنی، مدیران بیمارستان‌ها، مدیران مراکز تحقیقاتی مرتبط با بیماری‌های غیر واگیر، مدیران مراکز بهداشت و پژوهشگران مرتبط با مشارکت عمومی در این حوزه بودند (جدول ۱). مضامین در ۶ دسته فراگیر و ۲۰ دسته سازمان‌دهنده و ۷۱ مضمون پایه بود: توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات بالینی (بهداشتی، درمانی، تسکینی، توانبخشی، تشخیصی، تشخیصی)، ایجاد خدمات جانبی (حفاظت فرهنگی، جغرافیایی، مالی، اجتماعی، تغذیه)، شناسایی و دسترسی به گروه‌های هدف در جامعه (ثبت جمعیتی مستمر، بازدید میدانی، شبکه و نهادهای محلی)، قابلیت ارائه‌دهندگان خدمات (قابلیت سازمانی، قابلیت فرابخشی)، واکنش کاربران نسبت به خدمات (واکنش روانی، رفتاری، اجتماعی) و منافع مشترک بازیگران (منافع کاربران، منافع ارائه‌دهندگان) (جدول ۳).

در صورت بروز اختلاف بین کدگذاران و مصاحبه‌شوندگان، از طریق بحث و تبادل نظر تلاش شد تا ابهامات برطرف گردد. در مجموع ۷۱ مضمون پایه، ۲۰ مضمون سازمان‌دهنده و ۶ مضمون فراگیر استخراج گردید.

اعتباریابی پژوهش کیفی که شامل سنجه‌های باورپذیری، اطمینان‌پذیری، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری است (۲۴)، با به‌کارگیری شیوه کینگ و هوراکز برای عملیاتی کردن این سنجه‌ها انجام گرفت (۲۷). بدین صورت که علاوه بر توصیف غنی و ثبت جزئیات برای تائید انتقال‌پذیری که پیش‌تر انجام گرفت، به انجام خود آزمون کدگذاری پرداخته شد، بدین صورت که پس از انجام کدگذاری در مرحله اول و رسیدن به ثبات نسبی در کدها، گویه‌های مصاحبه بعد از انجام یک ماه و بدون توجه به کدهای قبلی و به صورت مستقل، مجدداً توسط پژوهشگر کدگذاری شد و در مرحله اول و دوم ضریب توافق مطابق فرمول محاسبه و به عدد ۸۸٪ رسید و در نتیجه اطمینان‌پذیری مورد تائید قرار گرفت. برای انجام دگرآزمون کدگذاری از نظرات خبرگان مستقل و آشنا به مباحث مشارکت عمومی و ساختارهای سلامت استفاده شد که ضریب توافق ۸۵٪ طبق کاپای کوهن مورد توافق قرار گرفت و باورپذیری را تائید کرد. هم‌چنین برای دریافت بازخور از مصاحبه‌شوندگان جدولی از مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر به همراه الگوی به دست آمده و یک پرسشنامه با طیف لیکرت در اختیار ۱۰ نفر از

جدول ۳- یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته

ارزیابی واقع‌بینانه	فراگیر (۶)	سازمان‌دهنده (۲۰)	مضامین پایه (۷۱)	فراوانی مضامین پایه
مداخله	توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات بالینی	خدمات بهداشتی پیشگیرانه	توسعه غربالگری، پیگیری منظم مراقبت، جامعیت درمان سرپایی سطح اول، مراقبت تکمیلی جمعیت در معرض خطر، آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی در ارتقا سواد سلامت	۵
			مشارکت در شرایط حاد مثل اورژانس و مراقبت ویژه (شامل همکاری خانواده‌ها، ارتباطات تیم درمانی در بهبود محیط و پروتکل‌های مراقبتی)، مشارکت در شرایط باثبات مثل درمان‌های تخصصی سرپایی، بستری، آماده‌سازی بیمار برای جراحی (شامل بازطراحی روال‌های بیمارستانی و تعاملات بیمار-پرستار)	۲
			توسعه رویکردهای فیزیکی-روانی-اجتماعی در مدیریت درد، به کارگیری منابع موجود در مراقبت منزل، دستیابی به اطلاعات درمانی-مراقبتی، ملاحظات معنوی-فرهنگی و توسعه پروتکل‌های رفتاری برای برنامه‌ریزی پایان زندگی و حمایت عاطفی	۵
			توسعه کار تیمی در بازتوانی فیزیکی و روانی پس از بیماری (در جهت بهبود دامنه حرکت، استقلال و عملکردهای شناختی بیمار)، پیوستن به گروه‌های حمایتی و اجتماعی (برای بیان تجربیات مشترک)، مداخلات دیجیتال مراقبتی (برای پایبندی بیمار در طولانی مدت)	۳
			آماده‌سازی اولیه بیماران و توجه آن‌ها، تسهیل تجربه در فرآیند طراحی تست‌گیری، توضیح و تفسیر مشترک نتایج با بیماران	۳
			فعالیت‌های تفریحی، فعالیت‌های ورزشی جامعه‌محور (ایجاد مکان‌هایی برای ورزش در فضای عمومی مثل مدارس و معابر)	۲
توسعه خدمات جانبی	توسعه خدمات جانبی	حفاظت تغذیه	بهبود وضعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی، صندوق حمایت از بیماران مزمن، بسته‌های حمایتی از اقشار آسیب‌پذیر، امکانات و شبکه ارجاع رایگان برای افراد بیمه نشده، وام حمایتی از بیماران مزمن، آموزش مهارت‌های شغلی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها	۶
			دسترسی به مواد غذایی با کیفیت در بازار، توزیع رایگان مکمل‌یار، بسته تغذیه در میان جمعیت هدف، آموزش و گسترش برنامه‌های تغذیه سالم	۴
			طراحی تسهیلات مبتنی بر ویژگی جمعیت، خدمات از راه دور، بهبود سیستم حمل‌ونقل، طراحی تسهیلات و امکانات به کمک فناوری، فضای مناسب برای اقامت بیمار و همراهش	۵
			آموزش مهارت‌های زندگی برای پایبندی به خود مراقبتی (ارتباط مؤثر، جرات‌ورزی، توانمندسازی شناختی-رفتاری)، گنجاندن مفاهیم سلامت در برنامه‌های درسی، به کارگیری رسانه‌ها و فضای مجازی در فرهنگ سازی	۳

فرآوانی مضامین پایه	مضامین پایه (۷۱)	سازمان دهنده (۲۰)	فراگیر (۶)	ارزیابی واقع بینانه
۲	داده‌های نظام سلامت (نظیر پزشکی خانواده و سامانه سیب)، داده‌های فرابخشی (نظیر آموزش و پرورش و بهزیستی و شهرداری، فناوری‌های فراگیر)	ثبت داده جمعیتی		
۲	مراجعه خانه‌به‌خانه در روستاها، بازدید از مراکز پرجمع نظیر خانه سالمندان، زندان و غیره	بازدید میدانی	دسترسی به دریافت کنندگان خدمات	
۴	گروه‌های همتا در جمعیت‌های سخت دسترس (نظیر معتادان و یا بیماران سلامت روان)، تسهیل‌گران سلامت (نظیر مراقبان سلامت در ادارات و محلات یا سفیران سلامت دانش‌آموزی)، کمیته‌های سلامت محلی (نظیر شورای سلامت روستا یا شهر یا استان)، نهادها و شبکه‌های محلی (نظیر مساجد یا کافی‌شاپ‌ها یا ورزشگاه‌ها)	شبکه و نهادهای محلی		
۷	به‌کارگیری مؤثر ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات (ابزارهای کمی در کنار کیفی، بهبود محتوای پیام‌ها و مدیریت فضای تعامل در جلسات گروهی). بهبود مهارت‌های منابع انسانی (مهارت‌های کاربردی و عملی، به‌کارگیری منابع سازمانی، شبکه‌سازی، مهارت‌های ارتباط مؤثر)، سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری و فناوری (تنوع داده، یکپارچگی اطلاعات در بانک‌های مختلف داده، پایش و پیگیری، ثبت صحیح، پردازش و استفاده از داده‌ها)، سیستم یکپارچه مراقبت و نظام ارجاع (شناسایی کاربران و بیماری‌ها و عوامل بروز بیماری، تخصیص منابع و طراحی خدمات یکپارچه بهداشتی-درمانی - رفاهی، حذف موازی کاری، شکل‌گیری الگوی بهینه کارکنان). بهبود کیفیت (بهینه‌سازی فرآیندها، کانال‌های هماهنگی، بهبود ساختارها، کارسنجی، ترویج بازخورد)، فرهنگ (مدیریت عدم‌اطمینان، حمایت از افراد، همسویی ارزش‌ها و باورها و هنجارها، مدیریت تعارض، اعتماد، محیط یادگیرنده)، رهبری (مفاهمه و اجماع، نگرش مشارکتی فراتر از مشروعیت بخشی، انتقال دانش مدیران قبلی، تقویت مؤلفه‌های ساختاری نظیر چشم‌انداز-مأموریت-اهداف-اقدامات در سازگاری با مشارکت).	قابلیت سازمانی	قابلیت ارائه‌دهندگان خدمات	زمینه
۲	حکمرانی محلی (همسویی با ارزش‌های سیاسی-اقتصادی-اجتماعی منطقه، به‌کارگیری منابع قدرت و اختیار محلی اعم از مقررات منطقه‌ای-اختیارات و توافقات محلی-مشروعیت متخصصین-تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد)، زنجیره ارزش (ادغام منابع جامعه محلی، توسعه شبکه ارائه‌دهندگان، توسعه فرآیندها)	قابلیت فرا سازمانی		
۶	مقبولیت و پذیرش، اعتماد، مزیت درک شده، نیت درک شده، تجربه پیشین، تصور از نتیجه	عوامل روانی		
۲	تغییر رفتار بالینی (پابندی به دستورالعمل‌ها در مورد نحوه مصرف دارو و توجه به علائم هشداردهنده)، تغییر رفتار عمومی (ارتقای مهارت‌های زندگی و تغییر سبک زندگی)	تغییرات رفتاری	واکنش کاربران به خدمات	مکانیسم
۴	احساس تعلق (احساس تعهد به گروه و جامعه)، احساس همبستگی درک شده (همبستگی در باور، ارزش و هنجار مشترک)، انسجام اجتماعی (درافکار و احساسات و اعمال اعضای گروه)، احساس مالکیت (احساس مسئولیت نسبت به بیماری)	واکنش اجتماعی		

ارزیابی واقع بینانه	فراگیر (۶)	سازمان دهنده (۲۰)	مضامین پایه (۷۱)	فراوانی مضامین پایه
پیامد	منافع مشترک بازیگران	منافع کاربران	انتفاع عینی کاربران (منفعت بالینی در بهبود شاخص سلامت و کاهش هزینه‌های زمانی و مالی درمان)، مطلوبیت ذهنی کاربران (ترتیبات سازمانی، احترام و کرامت و حق تصمیم‌گیری و خودمختاری)	۲
		منافع ساختاری	منافع سازمانی (کارایی منابع در زمان و هزینه و تجهیزات مشارکت، پاداش مالی و غیرمالی منابع انسانی)، منافع فرابخشی در ایجاد چشم‌انداز مشترک (سودآوری، بهبود پاسخگویی، افزایش اعتبار، کاهش تصدی‌گری دولت)	۲

### ۱- توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات بالینی:

مداخلاتی که به‌طور مستقیم بر سلامت جامعه هدف تأثیر دارد و با میزان متفاوتی از ادغام در تولید مشترک همراه است. توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات بهداشتی دارای بیشترین دامنه مشارکتی در مدیریت بیماری‌های مزمن و شامل خدمات "توسعه غربالگری، پیگیری منظم مراقبت، جامعیت درمان سرپایی سطح اول، مراقبت تکمیلی جمعیت در معرض خطر و ارتقا سواد سلامت" است. F5 با داشتن تجربه کاری در بهداشت غیر واگیر در مورد پیگیری مراقبت می‌گوید "ماما در اعتصاب است و خدمت‌دهی نمی‌کند، اگر هم باشد نمی‌تواند در انتقال اطلاعات برای بیمار جذابیتی ایجاد کند، بیماری که باید برای چکاپ بصورت ماهیانه مراجعه کند انتظار دارد خدمات دیگری مثل داروی رایگان هم دریافت کند، نبود این‌ها باعث افت کیفیت خدمت‌رسانی می‌شود و برای بیمار جذابیتی ندارد".

توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات درمانی خدمات تخصصی سطح دوم شامل "مشارکت در شرایط حاد (اورژانس، مراقبت ویژه) در امور مانند همکاری خانواده‌ها، هم‌چنین ارتباطات تیم درمانی در بهبود محیط و پروتکل‌های مراقبتی و مشارکت در شرایط باثبات (درمان‌های تخصصی سرپایی، بستری، آماده‌سازی بیمار برای جراحی) که بیشتر شامل بازطراحی روال‌های بیمارستانی و تعاملات بیمار-

پرسنل" است. F8 که خود مدیر بیمارستان است در زمینه مشارکت بیماران در بازطراحی رویه‌ها می‌گوید "پزشکی داشتیم که اول می‌رفت مراقبت ویژه و بیماران اورژانس و بخش‌های دیگر را معطل می‌کرد، با شنیدن اعتراض بیمارها متوجه شدیم که اول باید اورژانس را ببیند و بعد بقیه جاها".

توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات تسکینی شامل "توسعه رویکردهای فیزیکی-روانی-اجتماعی در مدیریت درد، به‌کارگیری منابع موجود در مراقبت منزل، دستیابی به اطلاعات درمانی-مراقبتی، ملاحظات معنوی-فرهنگی و توسعه پروتکل‌های رفتاری برای برنامه‌ریزی پایان‌زندگی و حمایت عاطفی" است. F3 با تجربه کار در بخش پرستاری و درمان، در مورد لزوم به‌کارگیری پروتکل‌های آموزشی در برنامه پایان‌زندگی می‌گوید "تعامل با بیمار سرطانی در پاسخ به سؤالاتی مثل چقدر فرصت دارم و بیماری من در چه مرحله‌ای هست نیاز به مهارت بالا و پروتکل‌های آموزشی و رفتاری دارد چراکه ظرفیت و پذیرش بیماران برای دریافت چنین اطلاعاتی متفاوت است".

توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات توانبخشی شامل "توسعه کار تیمی در بازتوانی فیزیکی-روانی پس از بیماری در جهت بهبود دامنه حرکت-استقلال-عملکردهای شناختی بیمار، پیوستن به گروه‌های حمایتی و اجتماعی برای بیان تجربیات مشترک و مداخلات دیجیتال مراقبتی برای پایبندی

**حفاظت جغرافیایی** شامل "طراحی تسهیلات مبتنی بر ویژگی جمعیت مثل کلینیک سیار، خدمات از راه دور به کمک فناوری، بهبود سیستم حمل و نقل، فضای مناسب برای اقامت بیمار و همراهش" برای رفع موانع دسترسی ناشی از مسافت است. F12 با داشتن تجربیاتی در بخش بهداشت پیرامون طراحی خدمات مبتنی بر جمعیت همانند خدمات سیار می گوید "در بحث بیماری های واگیر، تیم های سیاری هستند که سرکشی می کنند اما در مورد بیماری غیر واگیر بیشتر خدمات در خانه های بهداشت ارائه می شود، البته در مورد عشایر نیروهایی از خود ایل داریم که با آن ها جابجا می شوند و خدمات رسانی می کنند".

**حفاظت اجتماعی** شامل "فعالیت های تفریحی و فعالیت های ورزشی جامعه محور مثل ایجاد امکانات ورزشی در مدارس، پارک ها و مساجد و پیست دوچرخه سواری و پیاده روی در معابر" است. F6 با داشتن تجربیاتی در بخش بهداشت در مورد فعالیت های ورزشی جامعه محور می گوید "اگر به دانش آموزان می گوئیم ورزش کنید، باید مدارس را به وسایل ورزشی و مربی تجهیز کنیم".

**حفاظت فرهنگی** شامل "آموزش مهارت های زندگی برای پایبندی به خود مراقبتی (ارتباط مؤثر، جرات ورزشی، توانمندسازی شناختی-رفتاری)، گنجاندن مفاهیم سلامت در برنامه های درسی، به کارگیری رسانه ها و فضای مجازی در فرهنگ سازی" است. F16 با داشتن تجربه در بخش بهداشت می گوید "هرچند مهارت زندگی یکی از برنامه هایی است که به داوطلب سلامت آموزش می دهیم و او به دیگران منتقل می کند اما به دلیل نبود ساختار سازمانی مناسب برای حمایت از این گروه، دامنه پوششی چنین برنامه هایی کافی نیست". F7 با داشتن تجربه در بخش درمان غیر واگیر در مورد مهارت های خود مراقبتی می گوید "دارودرمانی به تنهایی کفایت نمی کند،

بیمار در طولانی مدت" است. F10 با تجربه کار در بخش درمان بیماران تصادفی در مورد هماهنگی کار تیمی پیرامون بازتوانی فیزیکی می گوید "پرستار می گوید فلان قرص مکمل را بخور، فیزیوتراپ می گوید این ورزش را انجام بده و پزشک جراح حرف دیگری میزند، هیچ کدامشان از کار دیگری خبر ندارد، آموزش ها هم ناقص است، خوب بیمار گیج و آشفته می شود درحالی که همه چیز باید در پرونده الکترونیک ثبت و در دسترس باشد".

**توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات تشخیصی** شامل مشارکت در "آماده سازی اولیه بیماران و توجیه آن ها، تسهیل تجربه در فرآیند طراحی تست گیری، توضیح و تفسیر مشترک نتایج با بیماران" است. F13 در مورد آماده سازی بیماران می گوید "بیمار باید قبل از امایش قند خون ناشتا باشد تا بتوانیم به نتایج درستی برسیم، این کار با ارائه یک بروشور ساده در مورد مراحل اجرا و نتایج مورد انتظار، امکان پذیر است".

## ۲- توسعه خدمات جانبی منصفانه

اشاره به تطبیق دهی خدمات با نیازها و ویژگی های جامعه هدف و ایجاد فرصت برابر در بهره مندی و کاهش نابرابری های اجتماعی دارد.

**حفاظت مالی** شامل "پوشش بیمه پایه و تکمیلی، وام، صندوق های حمایتی از بیماران مزمن، بسته های حمایتی از اقشار آسیب پذیر، امکانات و شبکه ارجاع رایگان برای افراد بیمه نشده و آموزش مهارت های شغلی برای بیماران و خانواده های آن ها" است. F6 با تجربه کار در بخش بهداشت غیر واگیر در مورد خدمات رایگان برای اقشار آسیب پذیر می گوید "مناطق کم برخوردار، به ندرت برای پیشگیری به خصوص بیماری های غیر واگیر هزینه می کنند و ارائه خدماتی مثل فشارخون رایگان در این مناطق مورد استقبال قرار می گیرد".

فرصت طلبانه هستیم درحالیکه کافی شاپ‌ها مرکز تجمع جوانان و مناسب برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر مصرف مواد مخدر است یا می‌توان از مساجد برای شناسایی سالمندان و ارائه خدمات پیشگیری از آلتایمر استفاده کرد". F17 محقق دیگری در همین حوزه می‌گوید "در ورزشگاه‌ها و باشگاه‌های ورزشی فرصت‌های خوبی برای آموزش‌های فرهنگی و تغذیه‌ای سلامت فراهم است".

#### ۴- قابلیت ارائه‌دهندگان

**قابلیت سازمانی** یعنی توانمندی زیرساخت‌های سازمانی در راستای تقویت برنامه‌های مشارکتی در مدیریت بیماری‌های مزمن و شامل موارد زیر است:

به کارگیری مؤثر ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات (ابزارهای کمی مثل پرسشنامه، نظرسنجی و سنج‌های اندازه‌گیری و ابزارهای کیفی مثل تحلیل روایتی، قوم‌نگاری، مشاهده میدانی و گروه‌های کانونی برای مفاهیم و بحث، همین‌طور بهبود محتوای پیام‌ها و مدیریت فضای تعامل در جلسات گروهی). F5 در مورد ناکافی بودن ابزارهای کمی در پیگیری مراقبت می‌گوید "مراقب سلامت از روی یک پرسشنامه بسته به / خیر می‌خواند و بیمار باعجله و بدون تأمل پاسخ می‌دهد، درحالیکه نیاز است تا با او در مورد علائم و نشانه‌های بیماری گفتگو و ابعاد کامل‌تری بررسی شود".

بهبود مهارت‌های منابع انسانی شامل "تقویت مهارت‌های کاربردی و عملی در شخصی‌سازی مراقبت، آگاهی در به کارگیری صحیح منابع، مهارت شبکه‌سازی برای نفوذ در جامعه محلی، مهارت‌های غیر کلامی مثل تعاملات چهره به چهره و همدلانه با بیمار و مهارت کلامی و ارتباط مؤثر در تناسب با زبان و فرهنگ جامعه هدف" است. F2 که در سطوح ارشد ساختار بهداشتی درمانی فعالیت می‌کند و پژوهشگر این حوزه است در مورد مهارت‌های سازمانی

اگر بیمار دیابت نمی‌تواند به تنهایی بر پرخوری هیجانی و مصرف قند غلبه کند، باید نسبت به تقویت مهارت‌های ارادی و جرات‌ورزی برای ارتقا خود مدیریتی او اقدام شود".

**حفاظت تغذیه** اشاره به فرهنگ‌سازی در اصلاح الگوی تغذیه و شامل "دسترسی و انتخاب مواد غذایی با کیفیت در بازار، توزیع رایگان مکمل‌یار و بسته‌های غذایی، آموزش و گسترش برنامه‌های تغذیه سالم" است. F4 با داشتن تجربه در برنامه‌های جامعه‌محور بخش بهداشت در مورد توسعه آموزش برنامه‌های تغذیه سالم می‌گوید "باید از شیوه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی جذاب مثل طراحی فعالیت‌های فوق برنامه برای توزیع مکمل‌یارها در مدارس، یا مسابقات آشپزی در میان زنان استفاده کرد تا آنان با اصول تغذیه سالم آشنا شوند".

#### ۳- شناسایی و دسترسی به گروه‌های هدف

به طور کلی برای شناسایی بیماران مزمن و جمعیت در معرض خطر از سه شیوه "ثبت داده جمعیتی (داده‌های نظام سلامت نظیر پزشکی خانواده و سامانه سیب، داده‌های فرابخشی نظیر آموزش و پرورش و بهزیستی و شهرداری، فناوری‌های فراگیر)، نهادها و شبکه محلی (گروه‌های هم‌تا در جمعیت‌های سخت دسترس نظیر معزادان و یا بیماران سلامت روان برای بیان تجربیات زیسته، تسهیل‌گران سلامت نظیر مراقبان سلامت در ادارات و محلات یا سفیران سلامت دانش‌آموزی برای تسهیل مسیریابی مراقبت، کمیته‌های سلامت محلی نظیر شورای سلامت روستا یا شهر یا استان، نهادها و شبکه‌های محلی نظیر مساجد یا کافی‌شاپ‌ها یا باشگاه‌ها) و بازدید میدانی (مراجعه خانه‌به‌خانه در روستاها، بازدید از مراکز پرجمع نظیر خانه سالمندان، زندان و غیره)" استفاده می‌شود. F15 که خود محقق پژوهش‌های مشارکتی جامعه‌محور بهداشتی درمانی است می‌گوید "هنوز بی‌توجه به برخی پتانسیل‌ها در شبکه‌های ارتباط محلی برای ارائه خدمات

عوامل بروز بیماری را بیابیم و با ارائه اطلاعات به سایر قسمت‌ها نظیر بهداشت یا حوزه فرابخشی، آن‌ها را به سوی ارائه راه‌حل هدایت کنیم."

بهبود کیفیت شامل "بهینه‌سازی فرآیندهای تسهیل‌کننده مشارکت، تقویت و توسعه کانال‌های هماهنگی افقی و عمودی نظیر شوراها و کمیته‌های مشورتی، بهبود ساختارهای تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی- زمان‌بندی حجم کار، ترویج بازخورد از کارکنان و کاربران" است. F7 که در سطوح مختلف پایه تا ارشد بهداشتی‌درمانی در مناطق روستایی و شهری فعالیت داشته و خود عضو شورای سلامت است در مورد لزوم حضور صاحبان فرآیند در این جلسات می‌گوید "در یکی از مناطق شاهد تصادفات جاده‌ای زیادی بودیم که از مقامات متعدد استانی برای حل مشکل دعوت کردیم تا در جلسات شورای عالی سلامت حضور داشته باشند اما در نبود راننده‌های کامیون و ماشین سنگین‌ها به‌عنوان صاحبان فرآیند، این جلسات به نتیجه نرسید". F14 که مدیر بیمارستان است در مورد زمان‌بندی ویزیت بیمار می‌گوید "تعداد بیماران بخصوص در بخش دولتی آنقدر زیاد است که بجای استاندارد ۲۰ دقیقه‌ای باید در ۵ دقیقه ویزیت شوند، اینگونه نمی‌توان مطابق رسالت‌های پزشکی خانواده، تحلیل جامعی از بیمار به دست آورد"، F5 که در بخش بهداشت غیر واگیر فعال است در همین مورد می‌گوید "حجم کار در برنامه‌های غیر واگیر بسیار بالاست و کارسنجی به‌درستی انجام نشده است هر برنامه دارای محورهای زیادی هست و کارمند نمی‌تواند زمان مناسبی برای مواجهه با بیمار اختصاص دهد."

فرهنگ شامل "مدیریت عدم اطمینان در پذیرش خطا، حمایت از افراد، همسویی ارزش‌ها و باورها و هنجارهای سازمان با مشارکت، مدیریت تعارض در پذیرش تجربیات گوناگون، اعتماد و حفظ اطلاعات محرمانه، تقویت محیط

درمانگران می‌گوید "درمانگران باید از منابع موجود در بازار اطلاعات کافی داشته باشند، مثلاً پوشش بیمه‌ای داروها، قیمت هر روش تشخیص، چه چیزی به مصلحت هست و چه چیزی نیست، چه چیزی در دسترس است و بر اساس مجموعه این‌ها توقع می‌رود که مشاوره مناسبی به بیماران برای پیگیری درمان ارائه دهند."

سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری و فناوری شامل "تنوع داده جمعیت هدف اعم از اطلاعات مراقبت اولیه و عوامل زمینه‌ای بروز بیماری، یکپارچگی و هماهنگی اطلاعات در بانک‌های مختلف داده مثل سامانه‌های متعدد کنونی، سیستم پایش و پیگیری داده در منطقه، ثبت صحیح و استاندارد داده توسط متخصص، پردازش و آنالیز داده برای ارزیابی الگوی بیماری در یک منطقه و استفاده از داده‌ها در طراحی و ایجاد مسیر خدمت‌رسانی برای جامعه هدف" است. F15 که پژوهشگر برنامه‌های جامعه‌محور بهداشتی‌درمانی و دارای تجربه در بخش بهداشت غیر واگیر است در مورد یکپارچگی و هماهنگی اطلاعات در بانک‌های مختلف داده می‌گوید "پراکندگی سامانه‌ها خیلی زیاد هست، ما داده‌هایمان را در چند جا ثبت می‌کنیم سامانه کرونا لب، دیابت، رجیستری سرطان ... بعضی وقت‌ها از دو مسیر می‌خواهم پیگیری یک موضوع باشم اما به نتایج مختلفی می‌رسم."

سیستم یکپارچه مراقبت و نظام ارجاع شامل "شناسایی بیماران و جمعیت در معرض خطر، شناسایی بیماری‌های متداول و عوامل تعیین‌کننده، به‌کارگیری داده‌ها در تخصیص منابع و طراحی خدمات یکپارچه بهداشتی-درمانی-رفاهی، حذف موازی کاری و خدمات تکراری، شکل‌گیری الگوی بهینه کارکنان" است. F8 که مدیر یک بیمارستان است در مورد شناسایی بیماری‌ها و عوامل تعیین‌کننده می‌گوید "ما در بخش درمان به راحتی به بیماران دسترسی داریم و می‌توانیم

مناطق روستایی با توجه به محدودیت‌های فرهنگ بومی)، به کارگیری منابع قدرت و اختیار محلی اعم از مقررات منطقه‌ای برای مدیریت برنامه‌ها (نظیر مقررات رانندگی برای پیشگیری از تصادفات در مکان‌های بومی پرخطر، یا بخشنامه‌هایی برای همکاری سایر ارگان‌ها در اجرای برنامه‌های غربالگری)، اختیارات و توافقات محلی (نظیر تخصیص فضای پارک محلی به امور فرهنگی و تفریحی)، مشروعیت متخصصین (نظیر به کارگیری سخنان پزشکان مورد قبول مردم در تبلیغات رسانه‌ای نظام سلامت) و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد (برای رفع چالش‌های اجتماعی سلامت) است. F11 در مورد قدرت قانونی می‌گوید "اگر از بالا بخشنامه به سازمان‌ها ابلاغ شود امکان اجرا بالا می‌رود در غیر این صورت خیلی نمی‌توان به کمک حوزه فرابخشی تکیه کرد". F12 که دارای تجربیات فرابخشی در حوزه بهداشت غیر واگیر است در همین زمینه می‌گوید "وقتی می‌خواهیم مشکلات را در حوزه فرابخشی حل کنیم توان اجرایی به شدت کاهش می‌یابد چون استاندار عملاً اختیاری ندارد و سازمان‌های دیگر باید از وزیر مربوطه‌شان دستور همکاری داشته باشند".

"زنجیره ارزش" شامل ادغام منابع جامعه محلی (مثل منابع تخصصی بهداشت و درمان در ترکیب با منابع مددکاری سازمان‌های اجتماعی، یا منابع فیزیکی و انسانی سایر ارگان‌ها در اجرای برنامه‌هایی نظیر غربالگری)، توسعه شبکه ارائه‌دهندگان (شفافیت و تسهیل عضویت شرکت‌های مختلف در شبکه تأمین کنندگان) و توسعه فرآیندها (ایجاد انعطاف در بوروکراسی، ایجاد فرآیندهای خودسامانده در تعاملات بین‌بخشی و مدیریت بهینه جریان منابع و تعاملات باز با بخش سوم) است. F6 در مورد ادغام منابع بخش سوم در زنجیره ارزش می‌گوید "سازمان‌هایی درآمدزا مثل برق، آب،

یادگیرنده با آموزش و پشتیبانی مستمر در توسعه ابتکارات" است. F4 با تجربه در بخش بهداشت غیر واگیر در مورد محیط یادگیرنده می‌گوید "ساختار آموزش کارکنان به گونه‌ای طراحی نشده که بتواند به یادگیری عملی آن‌ها کمک کند، الآن هم که مجازی و تستی شده، بالاخره هر مدلی جواب دهند یک نمره‌ای می‌آورند".

رهبری شامل "مفاهمه و اجماع ایده‌های مشترک کارکنان با مدیران، به کارگیری مشارکت شهروندان فراتر از مشروعیت بخشی به تصمیمات، انتقال دانش مدیران قبلی در حمایت از استمرار برنامه‌های تولید مشترک، تقویت مؤلفه‌های ساختاری نظیر چشم‌انداز- مأموریت- اهداف - اقدامات در سازگاری با مشارکت" است. F9 که دارای تجربه در سازمان‌دهی به امور بازرسی و میز خدمت دارد در مورد مشارکت نمادین در مشروعیت بخشی به تصمیمات می‌گوید "خانواده بیمار برای گرفتن تخفیف درمان مراجعه می‌کنند و با رئیس سازمان یا استاندار صحبت می‌کنند و او بر روی کاغذ می‌نویسد برابر مقررات اقدام شود، البته بیمار خوشحال است و فکر می‌کند که کارش انجام شده اما در واقع این نوع نگارش پر از ابهام است و کاربرد اجرایی ندارد، پس از چندی این طرف و آن طرف رفتن خسته می‌شود". F7 در مورد استمرار برنامه‌ها در تغییرات مدیران می‌گوید "امروز قرار است رئیس سازمان تغییر کند، معلوم نیست مدیر جدید از این رویکرد و برنامه‌ها استقبال کند یا خیر".

**قابلیت فرابخشی** به هماهنگی سایر ارگان‌ها برای ارائه خدمات جانبی به شهروندان در راستای بهره‌مندی از خدمات نظام سلامت گفته می‌شود که دارای دو بعد حکمرانی محلی و زنجیره ارزش است. "حکمرانی محلی" شامل انطباق تصمیمات درمانی و بهداشتی همسو با ارزش‌های سیاسی- اقتصادی- اجتماعی منطقه (مثل طراحی خدمات سلامت روان

دستورالعمل بالینی می گوید "بیمار فشارخونی یا سلامت روان نباید مصرف به موقع دارو را فراموش کند و گرنه با مشکل مواجه می شود"، یا F3 می گوید "خیلی از بیماران مبتلا به آسم در استفاده از دستگاه های تنفسی و استنشاقی مشکل دارند و باید نحوه درست آن را به عنوان یک فعالیت خود مراقبتی یاد بگیرند".

**واکنش اجتماعی شامل** "انسجام اجتماعی در توافق افکار و احساسات و اعمال میان اعضای گروه، احساس تعلق و تعهد به گروه، همبستگی در باورها و ارزش و هنجارهای مشترک و احساس مالکیت در کنترل و مسئولیت نسبت به بیماری خود و دیگران" است. F11 که مدیر بیمارستان است در مورد احساس انسجام اجتماعی در یک گروه می گوید "وقتی یکی از اعضا واکنش منفی نسبت به دارو نشان می داد و به بقیه هم منتقل می کرد همه باهم و تحت تأثیر همدیگر از خوردن آن دارو اجتناب می کردند، حالا شما رئیس بیمارستان را هم بیاورید دیگر متقاعد نمی شوند، باید یک متور در گروه باشد که بیماران به بیراهه نروند"، F5 که در بهداشت غیر واگیر فعال است در مورد احساس تعلق و همبستگی با گروه هدف می گوید "قبلا بهورزهای بومی استخدام می کردیم، کسی که زیردپلم بود و از همان منطقه بود، مردم را می شناخت، با بیماری و سبک زندگی آنها آشنایی داشت، اما الآن بهورز ما دارای مدرک لیسانس و فوق لیسانس است، صبح با ماشین خودش از جای دیگری می آید و ظهر بر می گردد، مردم منطقه را نمی شناسد، یک سری کارها را در شان خود نمی داند و به اجبار انجام می دهد، چندان تعلق خاطری به کارش و به مردم منطقه ندارد".

#### ۶- منافع متقابل

شامل منافع دوسویه کاربران و سازمان در برقراری تعادل بین اثربخشی خدمات با کارایی منابع سازمانی است.

مخابرات دارای سیستم های درمانی خوبی هستند که می توان این امور را به آنها نیز واگذار کرد". F6 در مورد توسعه فرآیندها در ارتباطات با بخش سوم ادامه می دهد "پرسنل در بخش غیر واگیر هر کاری بخواهند انجام دهند باید با از توان شخصی خودشان و با رایزنی باشد، مثلاً اگر خواهر یا برادری در سازمان دیگری دارد با رو زدن کار را پیش ببرد و از خودش خرج کند".

#### ۵- واکنش کاربران

بر تعاملات پویای روان شناختی-رفتاری-اجتماعی شهروندان تأکید دارد.

**واکنش روانی عوامل روان شناختی** همانند "انگیزه، مزایای درک شده، آمادگی ذهنی، سهولت استفاده و تجربیات پیشین" بر موفقیت تولید مشترک تأثیر گذار است. F4 در مورد مزایای درک شده می گوید "دانش آموزان دوست دارند از نتایج طرح مکمل یار آگاه شوند، چون نتایج آن و تغییرات بالینی که در بدنشان رخ می دهد برای شان محسوس نیست ممکن است نسبت به اجرای طرح بی تفاوت شوند". F2 در مورد پذیرش و آمادگی ذهنی می گوید "برخی وقت ها بیماران سرطانی از طی کردن برخی مسیرهای درمانی ترس دارند و باید از طریق بالا بردن سطح سواد سلامت این ترس را کم کرد". F11 در مورد مزایای درک شده می گوید "پزشک می گوید تا بیمار فرآیند تشخیصی را طی نکند نباید ترخیص شود، اما بیمار این کار را مبنی بر سودجویی بیمارستان تلقی می کند".

**واکنش رفتاری شامل** "تغییرات در رفتار عمومی کاربران (مثل ارتقای مهارت های زندگی نظیر انتقادپذیری و قدرت حل مسئله، استقلال در تصمیم گیری، تغییر سبک زندگی) و پایبندی به دستورات بالینی (یادگیری نحوه مصرف دارو، رعایت دستورالعمل ها، توجه به علائم هشداردهنده بیماری و تغییر در سبک زندگی)" است. F1 در مورد پایبندی به

مغفول کمک کرد (تصویر ۱). بدین گونه که با بازتعریف مداخله در ارزیابی واقع‌بینانه با تکیه بر اصول دسترسی و انصاف در تولید مشترک، هم‌چنین زمینه با تکیه بر اصل شمول، مکانیسم به‌عنوان کنشگر در تعامل پویای ارکان تولید مشترک و منافع مشترک به‌عنوان پیامدی همه‌جانبه برای کاربران و ساختارها، به رفع ابهامات نظری چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه به کمک اصول تولید مشترک پرداخت.

یافته‌ها نشان داد که تولید مشترک در ایران نه یک الگوی وارداتی، بلکه پدیده‌ای زمینه‌محور است که تحت تأثیر پویایی‌های ساختاری-اجتماعی-فرهنگی و مستلزم پل زدن بین شکاف‌های عملی و نظری می‌باشد. مطالعه تولید مشترک در یک ساختار جدید، تلفیق دو رویکرد برای انسجام‌بخشی به آن، هم‌چنین توسعه نظری از طریق پالایش و شفاف‌سازی مفاهیم اولیه هر یک، از دستاوردهای نوآورانه این پژوهش به شمار می‌رود که می‌تواند به درک عمیق‌تری از چالش‌ها و فرصت‌های موجود و راهنمای عملی جامعی برای سیاست‌گذاران برای مشارکت بیمار و جامعه در مدیریت برنامه‌های بهداشتی درمانی مرتبط با بیماری‌های مزمن ارائه دهد.

اولین موضوع مورد توجه، مداخله، در چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه و عنصری فنی و محوری در پژوهش‌های بهداشتی درمانی است. غنی‌سازی این مفهوم از یکسو، با الهام از اصل دسترسی در تولید مشترک، در کنار راه‌اندازی خدمات، به توسعه فرآیندهای مشارکتی در خدمات بالینی برای بهره‌مندی بیشتر از فرصت‌های بهبود سلامتی می‌پردازد. از سوی دیگر، خدمات جانبی با الهام از اصل انصاف برای غلبه بر موانع زمینه‌ای ناشی از ویژگی‌های ساختاری-اقتصادی-اجتماعی جمعیت هدف شکل می‌گیرد. این دو در عمل، در تلفیق و طراحی مشترک با یکدیگر بکار رفته و به حل نیازهای چندجانبه و برقراری عدالت اجتماعی کمک می‌کند.

**منافع کاربران** شامل انتفاع عینی (ارتقا شاخص سلامت و بهبود وضعیت جسمی، کاهش هزینه مالی و زمانی درمان بیماران) و مطلوبیت ذهنی (ارزیابی غیر بالینی همچون ترتیبات سازمانی، احترام و کرامت و حق تصمیم‌گیری و خودمختاری) است. F14 در مورد مطلوبیت ذهنی می‌گوید "در بخش خصوصی مردم خیلی معطل نمی‌شوند به همین خاطر رضایت بالاتری وجود دارد"، او ادامه می‌دهد "همیشه همه‌چیز هم مربوط به درمان نیست، بعضی وقت‌ها بیماران از امکانات جانبی مثلا مسافت بین بخش‌ها بخصوص بیمارانی که مشکل جابجایی دارند یا سالمندان، همین‌طور مثلا وضعیت کولر، صندلی‌ها، پتوی بیمارستان‌ها و غیره شاکی هستند و انتظار دارند به آن‌ها رسیدگی شود".

**منافع ساختاری** شامل منافع سازمانی (کارایی منابع در زمان و هزینه مشارکت، پاداش مالی و غیرمالی منابع انسانی) و منافع فرابخشی در ایجاد چشم‌انداز مشترک (سودآوری، بهبود پاسخگویی، افزایش اعتبار، کاهش تصدی‌گری دولت) است. F2 که از مدیران ارشد سازمان است در مورد صرفه‌جویی و کارایی منابع می‌گوید "اگر سیستم پایش دارو وجود نداشته باشد بیمار دیابتی برای گرفتن داروی مازاد مرتب مراجعه اما استفاده هم نمی‌کند و هدر رفت دارو بالا می‌رود". F8 که مدیر بیمارستان است در مورد اطلاع‌رسانی اعضا به یکدیگر در گروه‌های حمایتی بیماران مزمن می‌گوید "اینکه یک نفر به بقیه اعضای گروه اطلاع‌رسانی کند که چه وقت برای آزمایش بیایند و ... خوب خیلی بار کاری را از روی دوش ما بر می‌دارد".

## بحث

این پژوهش با به‌کارگیری تجربیات ۱۷ مدیر اجرایی، به ارائه الگویی نوین و تلفیقی برای تولید مشترک برنامه‌های بهداشتی درمانی در مدیریت بیماری‌های مزمن و کشف نقاط

نظیر بیمه شناور برای بیماران فعال در نظر گرفته نشده است. در زمینه به کارگیری زبان و فرهنگ و گویش های محلی در آموزش و اطلاع رسانی ها، در حالیکه پژوهش ها به ترویج آموزش های تغذیه ای در رادیو محلی (۲۰)، یا اطلاع رسانی در مورد دارو در کمپین سلامت روستایی توجه کرده اند (۲۲)، در ایران، این موضوعات کمتر مورد توجه قرار می گیرد. در حالیکه، تلفیق حفاظت های فرهنگی با سایر خدمات بالینی و جانبی در جهت تقویت حس خود کارآمدی گروه هدف و ارتقا پابندی آنان به مسیر درمان، نقطه مشترک اکثر پژوهش های پیشین است و ضرورت ادغام آن را با سایر خدمات نشان می دهد.

زمینه، دومین موضوع مورد توجه در چارچوب ارزیابی واقع بینانه به ویژگی های جمعیت شناختی و ساختاری اشاره دارد که با تکیه بر اصل گوناگونی در تولید مشترک به استراتژی های دسترسی و شناسایی بیماران مزمن و جمعیت در معرض خطر با توجه به ویژگی های جمعیت شناختی آنان می پردازد. در ایران زیرساخت های قابل توجهی نظیر پزشکی خانواده در شهرهای مجری، سرشماری در روستاها، به کارگیری داوطلبان سلامت در مراکز قابل دسترس برای دولت، نهادهای واسطه و شبکه های ارتباط محلی وجود دارد. با این حال شکاف های ساختاری مانع از تحقق کامل پتانسیل ها در شناسایی جوامع می گردد. چنانچه در مطالعات پیشین با ثبت داده های سلامت با گنجانیدن متغیرهای قومی زبانی، ادغام داده های فرابخشی نظیر شهرداری و آموزش و پرورش برای شناسایی کودکان محروم (۲۰) و به کارگیری همتایان با اعتمادسازی در شناسایی مشکلات پنهان نظیر سلامت روان مورد توجه بوده است (۱۹). وجود این شکاف های ساختاری در سیستم های موجود ایران منجر به عدم شناسایی سیستماتیک برخی گروه ها نظیر اقشار آسیب پذیر، مهاجران غیرقانونی،

تولید مشترک در خدمات بالینی بهداشتی، پیشگیری به دلیل همسویی ماهیت و اهداف آن ها با بهداشت عمومی نسبت به سایر حوزه ها پرکاربردتر است چراکه سایر خدمات نظیر تشخیصی، یا درمان های فوری به دلیل ماهیت تخصصی و محدودیت در فرصت های مشترک تنها به مشارکت بین درمانگران در تفسیر نتایج تشخیصی یا بازسازی روال های بیمارستانی محدود می شود. یافته ها بیانگر آن است که ایران در برخی برنامه ها نظیر به کارگیری واسطه های سلامت در برنامه های جامعه محور غربالگری توانسته همسو با مطالعات خارجی دستاوردهای قابل توجهی داشته باشد (۲۰). در حالیکه مطالعات بین المللی در به کارگیری گروه های همتا در خدمات سلامت روان سخن می گویند (۱۸)، ایران علی رغم توسعه این رویکردها در مناطق شهری نتوانسته در مناطق روستایی به دلیل وجود انگ اجتماعی موفق باشد و نیاز به تلفیق با خدمات جانبی برای غلبه بر موانع فرهنگی دارد. چراکه طراحی مشترک خدمات جانبی و بالینی در کنار هم امکان شکل گیری خدمات مبتنی بر ویژگی های جمعیتی و ظرفیت های ساختاری گروه هدف را فراهم می آورد. هم چنین تلفیق حمایت های تسکینی با حفاظت های فرهنگی در مدیریت درد و خدمات توانبخشی با حفاظت های جغرافیایی در به کارگیری فناوری از راه دور به دلیل محدودیت های زیرساختی کمتر مورد توجه قرار گرفته و عمدتاً بصورت جزیره ای ارائه می شود. از سوی دیگر خدمات بهداشتی غیر واگیر عمدتاً بصورت متمرکز ارائه شده و تنها در موارد محدودی از تربیت نیروهای بومی عشایری سیار همراه ایل برای غلبه بر موانع جغرافیایی استفاده می شود. از دیگر تفاوت ها، تلفیق حفاظت مالی نظیر ورزش رایگان با آموزش های بهداشتی در مطالعات پیشین است (۲۳)، حال آنکه در ایران حفاظت مالی بیشتر به سوی مکمل یار، یا درمان های فوری اختصاص یافته و راهبردهای تشویقی دیگر

مزمّن برای بیان تجربیات زیسته (با تأثیر گذاری های محدود بر پروتکل های درمانی در سطح بیمارستان)، همین طور سامانه های متعدد شکایات، پیشنهادات و میز خدمت که عمدتاً برای پاسخگویی فردی و مقطعی مورد استفاده قرار می گیرند. برای بهبود این مجموعه از ابزارهای تعاملی می توان نسبت به حضور صاحبان فرآیند و ذینفعان مختلف در جلسات و شوراهای داخلی و فرابخشی، هم چنین اتصال شورای بیمارستان به شورای عالی سلامت یا شورای کیفیت استانی، اتصال انجمن های غیر واگیر به شوراهای ملی بیماری ها و مهندسی مجدد ساختارهای شکایات و پیشنهادات در ادغام با فرهنگ سازمانی یادگیرنده اقدام کرد (۲۱)، بدین گونه که این قابلیت ها تنها محدود به آمار توصیفی خطای گزارش شده جمعیت شهری آگاه نباشد و با حرکت به سوی شناسایی ریشه های خطا در الگوهای فرهنگی ساختاری، به ایجاد کانال هایی برای شنیدن صدای جمعیت های مغفول نظیر روستاییان، عشایر، مهاجران و افراد کم سواد اقدام شود.

در این راستا، پژوهش ها به لزوم توسعه پروتکل های منابع انسانی برای ارتقای مهارت های ارتباطی و تحلیلی (۲۱)، فرهنگ و رهبری تحول آفرین برای همسویی منابع با ابتکارات و کاهش مقاومت آنان (۲۱) و ایجاد موقعیت های سازمانی رسمی با پشتیبانی مالی و حمایت نهادی تأکید می کنند (۲۰)، (۲۲). این در حالی است یافته ها بیانگر شکاف های ساختاری عمیقی در توسعه مهارت های همدلانه نظیر مداخلات تسکینی و کمبود توجه به مهارت های غیر کلامی نظیر تعاملات چهره به چهره یا شبکه سازی در پیگیری های منظم مراقبت کشور است که لزوم به کارگیری آموزش های ترکیبی از علوم بالینی- اجتماعی- سازمانی برای درمانگران را ضروری می سازد. از سوی دیگر، گفتمان مدیران اجرایی پیرامون بهبود کیفیت، بیانگر نبود چارت سازمانی اختصاصی در برخی برنامه ها و

سالمندان زمین گیر، عشایر کوچ رو و یا نیازهای پنهان آنان بوده است. برای رفع آن ها باید راهبردهای حفظ حریم شخصی در ادغام داده های فرابخشی و ایجاد پلتفرم های منبع باز، هم چنین برنامه های انگیزشی داوطلبان سلامت و اطلاع رسانی در شبکه های محلی توسعه یابد.

قابلیت ساختاری، مضمون دیگری از زمینه است که به توانمندی و آمادگی ساختارها برای ادغام نیازها و ویژگی های گروه هدف در خدمات می پردازد. یکی از این قابلیت های ساختاری، ابزار مناسب جمع آوری اطلاعات گروه هدف برای تولید مشترک است. بدین گونه که با انتقال پارادایم جمع آوری داده از روش های کمی (نظیر پرسشنامه های استاندارد شده، نظرسنجی های مقطعی و سنجه های بیولوژیک ایستا) به سمت تلفیقی نظام مند با ابزارهای کیفی-تحلیلی (نظیر مصاحبه های عمیق، قوم نگاری، مشاهده میدانی و گروه های کانونی)، شرایط مناسبی برای گذار از مشارکت مشورتی<sup>۱</sup> به مشارکت فعال<sup>۲</sup> برای تحلیل و ادغام نیازهای کاربران در خدمات فراهم می شود (۲۱، ۲۲، ۲۳). چنانچه در ساختارهای داخلی نیز ابزارهای قابل توجهی برای جمع آوری و تحلیل داده بکار گرفته می شود، هر چند دامنه تأثیر گذاری آن ها محل انتقاد است. زیرساخت هایی همچون شبکه بهورزی به عنوان اتنوگرافان طبیعی (عمدتاً به صورت بهداشت متمرکز، با محدودیت در ارائه خدمات سلامت روان روستایی و خدمات در حاشیه شهرها)، رصد تعاملات کلینیکی در بافت واقعی به عنوان مشاهدات میدانی (مثل حل تعارضات در محل اورژانس و بستری)، وجود شوراهای بیمار-کارکنان در بیمارستان ها برای بهبود ترتیبات سازمانی (مثل اصلاح شیفت بندی یا کاهش زمان انتظار)، انجمن های مرتبط با بیماران

<sup>۱</sup> Consultation

<sup>۲</sup> Co-Production

پشتیبان تصمیم‌گیری را به همراه سایر منابع مالی، انسانی، تخصصی، فیزیکی، با هماهنگی میان بخش‌های بهداشت، درمان و ارگان‌های فرابخشی در ایجاد خدمات یکپارچه هدایت می‌کند. پژوهش‌های پیشین به یکپارچه‌سازی سامانه‌های تصمیم‌یار و امکان تولید خودکار پروتکل مراقبت شخصی‌سازی شده (۲۰)، اتصال خدمات فرابخشی با به‌کارگیری پلتفرم‌های یکپارچه اشتراک داده (۲۱) و تخصیص منابع بصورت لحظه‌ای با پشتوانه فوری شواهدمحور (۱۹) در خدمات یکپارچه اشاره داشتند. این در حالی است که یافته‌ها بیانگر شکاف‌های ساختاری عمیقی در پراکندگی سامانه‌های داخلی و عدم یکپارچگی آن‌ها به سامانه هوشمند، هم‌چنین، عدم اشتراک داده با حوزه فرابخشی به دلیل مواردی همچون نبود مکانیسم‌های حقوقی برای حریم شخصی، یا ثبت دستی داده‌ها در برخی موقعیت‌ها نظیر فشارخون روستاییان است که منجر به تأخیر، موازی کاری و اتلاف منابع می‌شود. برای رفع این چالش‌ها نیاز به ایجاد هماهنگی و یکپارچگی سامانه‌های جمع‌آوری داده در سطح اولیه با سیستم‌های تصمیم‌گیری ملی، طراحی پلتفرم فرابخشی امن با دسترسی سطوح مختلف ارائه‌کنندگان از کارکنان بهداشتی و درمانی تا نهادهای مرتبط مثل بهزیستی و آموزش و پرورش، جهت اجرای مداخلات ترکیبی و هوشمندسازی نظام ارجاع برای پیگیری و پیشنهاد مسیر بهینه مراقبت است.

قابلیت فرابخشی، مضمون دیگری از قابلیت ساختاری است که به ادغام اطلاعات کاربران در یکپارچگی خدمات برای برنامه‌های مشارکتی جامعه‌محور با توجه به شرایط اقتضایی اشاره دارد (۲۲). به‌عنوان مثال، در مطالعات پیشین، ساختار حکمرانی محلی برای هماهنگی‌های فرابخشی، از ارتباطات رسمی و نهادی در مدیریت بیماری‌های غیر واگیر و به‌کارگیری منابع قدرتی همچون الزامات مالی، در کنار نقش

عدم تخصیص بودجه عملیاتی برای کارکنان بخش غیر واگیر است. هم‌چنین نبود کارسنجی علمی در برآورد زمان موردنیاز خدمات چندوجهی غیر واگیر (نظیر غربالگری، آموزش، پیگیری) و در پی آن فشار کاری غیرمتعارف و کاهش انگیزه در ایران، مورد توجه پژوهش‌های پیشین نیز بوده است (۱۸)؛ اما آنچه کمتر به آن پرداخته شده و برآمده از ساختار سازمانی ایران است، فقدان ابزار پاسخگویی به دلیل تعدد کارها و در پی آن کاهش کیفیت خدمات است که برای عبور از آن نیاز به استقرار نظام بودجه‌بندی بر مبنای کارسنجی و بازطراحی چارت‌های سازمانی است. بدین گونه می‌توان به عملکرد نیروی انسانی در به‌کارگیری ابزارهای تعاملی برای استخراج نیاز کاربران در قالب داده‌های تلفیقی خوش‌بین بود.

سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری، مضمون دیگری از قابلیت سازمانی است که به تحلیل و آماده‌سازی نیازهای کاربران برای ادغام در خدمات یکپارچه کمک می‌کند (۲۰). هرچند در ایران، پراکندگی داده و نبود مدل‌های پردازشی قوی مانعی در بهره‌مندی از داده‌ها در ادغام با مداخلات کلان است. یا به دلیل عدم ثبت دقیق و نبود شفافیت داده نتوانسته در برخی حوزه‌ها نظیر پیگیری‌های منظم مراقبت، یا توانبخشی منجر به یکپارچگی خدمات و هماهنگی تیم درمانی گردد. برای برون‌رفت از چنین موقعیتی نیاز به به‌کارگیری ظرفیت‌های دیجیتال (۱۹، ۲۰)، مثل قابلیت‌های هوش مصنوعی برای فراخوانی و یکپارچه‌سازی داده‌ها، هم‌چنین لزوم سازوکاری متعهدانه و سیستم‌های نظارتی خودسامانده برای ثبت اطلاعات دقیق و بروز در بانک‌های اطلاعاتی است و در صورت نبود چنین راهبردهایی برای جلوگیری از ثبت کاذب، خطر مشارکت نمادین را در پی دارد (۲۲).

مراقبت یکپارچه و نظام ارجاع، مضمون دیگری در قابلیت سازمانی است که در نهایت، اطلاعات برآمده در سیستم‌های

سامانه‌های پایش داده به‌عنوان یک قابلیت سازمانی در سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری (۲۰) و ارتقای شاخص‌های سلامت جمعیت شود (۱۹). یا در موردی دیگر، واکنش اجتماعی کاربران یعنی احساس تعلق و انسجام گروهی آنان در تعامل با پشتیبانی ساختاری توانسته به تحولاتی در پروتکل‌های ملی سرطان منجر گردد (۲۱). در عین حال، عدم توجه به واکنش کاربران در این مسیر می‌تواند منجر به چرخه‌های معیوب و اتلاف هزینه، زمان و ناکارآمدی برنامه‌ها گردد. چنانچه به گفته مدیران اجرایی در ایران، نبود اعتماد به عنوان یک واکنش روانی در زنان روستایی می‌تواند مانعی برای مشارکت آنان در فرآیند غربالگری سرطان باشد که منجر به تشخیص دیرهنگام و هزینه‌های درمان به جای پیشگیری خواهد شد و برای شکستن این چرخه معیوب نیاز به مداخلات ترکیبی خدمات سیار و آموزش‌های محلی است.

منافع مشترک حاصل تعاملات پویای ارکان تولید مشترک برای برقراری تعادل میان اثربخشی خدمات در تأمین سلامت و رفاه کاربران و کارایی سازمان‌های ارائه‌کننده است. آنچه به‌عنوان پیامد در چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه و متأثر از مفهوم منافع متقابل در چرخه تولید مشترک در نظر گرفته می‌شود. درحالی‌که مطالعات پیشین، به مزایای سلامتی در مدیریت بیماری (۱۹)، رفاه اقتصادی خانواده‌ها در کاهش هزینه‌های کمرشکن (۲۰)، یا استفاده بهینه از نیروی انسانی در ارتقا کارایی سازمان بصورت جداگانه اشاره کرده‌اند (۲۲)، کمتر پژوهشی به این مضامین در قالب یک چارچوب جامع توجه داشته است. حال آنکه، یافته‌های داخلی نشان می‌دهد نادیده گرفتن مواردی همچون هزینه حمل‌ونقل از مناطق دور برای دستیابی به مراکز درمانی به‌عنوان یک شاخص رفاهی، یا از دست دادن درآمد روزانه در هنگام پیگیری مراقبت به‌عنوان یک شاخص اقتصادی می‌تواند بر عدم استقبال یا عدم

مدیران ارشد و پزشکان پیشرو، در قالب ائتلاف‌های حرفه‌ای و داده‌های بیمارستانی برای تخصیص منابع بهره‌می‌برد (۲۱). حال آنکه در ایران نقش ارتباطات شخصی و شبکه‌های انسانی در پیوند عناصر چرخه اکوسیستم در زنجیره ارزش و منابع قانونی قدرت نسبت به شواهد علمی، یا مشروعیت متخصصین برجسته‌تر است. برای بهبود این رویه، باید با افزایش اختیارات نهادهای محلی (شورایارها) یا اختیارات استانداری به حل مسائل و اختلافات پرداخته شود. هم‌چنین منابع بومی در شبکه ارائه خدمت باید از منابع انسانی مشترک و پلتفرم‌های منبع‌باز برای یکپارچه‌سازی اطلاعات بالینی و اجتماعی استفاده کرده و منجر به بهبود حکمرانی محلی شود.

مضمون کلیدی دیگر، مکانیسم در چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه است که مجموعه ارکان تولید مشترک اعم از مداخلات ترکیبی و قابلیت‌های ساختاری را در یک چرخه انطباقی توسط واکنش کاربران هدایت کرده تا منجر به پیامدهای مؤثر گردد. مکانیسم به‌عنوان قلب تپنده این چرخه با تکیه بر اصل تبادل دوسویه<sup>۱</sup> در تولید مشترک، جریان تبادل منابع یعنی مداخلات مبتنی بر نیاز کاربران و قابلیت ارائه‌دهندگان را با واکنش‌های روانی، رفتاری و اجتماعی آنان در تعاملی پویا، غیرخطی و اقتضایی با منافع مشترک عینیت می‌بخشد. به‌عنوان مثال، در توضیح واکنش روانی کاربران روستایی و مناطق محروم ایران در پذیرش مداخلات چهره به چهره نسبت به مداخلات دیجیتال، می‌توان به قابلیت سازمانی همچون نبود زیرساخت‌های الکترونیک در این مناطق اشاره کرد. گاه این چرخه انطباقی در جهتی دیگر حرکت می‌کند، چنانکه در مطالعات پیشین، این تغییر نگرش و رفتار کاربران است که به‌عنوان واکنش روانی و رفتاری با ایجاد اعتماد و پابندی آنان به درمان، توانسته منجر به ارتقای عملکرد

<sup>1</sup> Reciprocity



## نتیجه گیری

این پژوهش، با تلفیقی نوآورانه، به رفع ابهامات نظری چارچوب ارزیابی واقع‌بینانه به کمک اصول تولید مشترک و ارائه الگویی زمینه محور برای مدیریت بیماری‌های مزمن پرداخت.

بدین گونه که توسعه نظری با بازتعریف مکانیسم به‌عنوان واکنش کاربران در تعامل پویا بین ارکان تولید مشترک اعم از مداخلات ترکیبی-قابلیت‌های ساختاری-و منافع مشترک به رفع ابهامات کمک کرد. در عمل نیز، سه چالش ساختاری عمده یعنی تمرکزگرایی و محدودیت اختیارات استانی برای ایجاد مداخلات ترکیبی عدالت‌محور در رفع موانع اقتصادی اجتماعی، شکاف فناوریانه در عدم یکپارچگی و پردازش دقیق داده و فقدان مشوق‌های سیستماتیک در ابعاد گوناگون مالی و غیرمالی برای کاربران، کارکنان و ساختارها، از موانع موجود در تحقق تولید مشترک بیماری‌های مزمن در ایران است. پیشنهادات راهبردی به سیاست‌گذاران شامل طراحی مشترک خدمات تلفیقی با توجه به الگوهای فرهنگی اجتماعی و محدودیت‌های ساختاری، توسعه شیوه‌های تعاملی با بیماران جامعه، افزایش اختیارات شوراها برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد، ایجاد پلتفرم‌های تلفیقی امن برای توسعه هوشمند قابلیت یکپارچه‌سازی داده‌های بالینی اجتماعی و ارتقا شاخص‌های پاسخگویی در پایش هم‌زمان پیامدهای بالینی و رفاهی است. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به احتیاط تعمیم‌پذیری یافته‌های کیفی، محدودیت نمونه‌گیری به مدیران اجرایی و عدم ارزیابی پیامدهای بلندمدت مشارکت اشاره کرد که نیازمند پژوهش‌های طولی و کمی برای سنجش پایداری پیامدها، به‌کارگیری بیماران یا کارشناسان به‌عنوان نمونه پژوهش در سایر رویکردهای کیفی نظیر اقدام پژوهشی

مشارکتی<sup>۱</sup>، پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه<sup>۲</sup>، قوم‌نگاری، تحلیل روایتی، مشاهدات عینی، یا پدیدارشناسی است. هم‌چنین تحلیل تطبیقی الگو با سایر مناطق جغرافیایی اجتماعی برای درک سیاست‌ها و شیوه‌های سازگارتر با زمینه، برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود.

**ملاحظات اخلاقی:** این پژوهش برگرفته از رساله دکترای مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری دانشگاه علامه طباطبایی با کد اخلاق IR.ATU.REC.1402.117 بوده است.

**حمایت مالی:** این پژوهش، هیچ حمایت مالی دریافت نکرده است.

**تعارض منافع:** نویسندگان اظهار داشتند که تعارض منافع وجود ندارد.

<sup>1</sup> Participatory Action Research (PAR)

<sup>2</sup> Community Based Participatory Research (CBPR)

## References

1. Ahmadnezhad E, Murphy A, Alvandi R, Abdi Z. The impact of health reform in Iran on catastrophic health expenditures: Equity and policy implications. *Int J Health Plann Manage*. 2019; 34(4):e1833-e1845.
2. Official Website of the Government of Iran. National health policy update [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: <https://dolat.ir/detail/287542> (In Persian).
3. Bovaird T. Beyond engagement and participation: User and community coproduction of public services. *Public Adm Rev*. 2007; 67(5):846-60.
4. Howlett M, Kekez A, Poocharoen OO. Understanding Co-Production as a Policy Tool: Integrating New Public Governance and Comparative Policy Theory. *J Comp Policy Anal Res Pract*. 2017; 19(5):487-501. doi:10.1080/13876988.2017.1287445
5. Osborne SP, Radnor Z, Nasi G. A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *Am Rev Public Adm*. 2013; 43 (2):135-58. doi:10.1177/0275074012466935
6. Osborne SP, Radnor Z, Strokosch K. Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment? *Public Manag Rev*. 2016; 18(5):639-53. doi:10.1080/14719037.2015.1111927
7. Nabatchi T, Sancino A, Sicilia M. Varieties of participation in public services: The who, when, and what of coproduction. *Public administration review*. 2017 Sep;77(5):766-76.
8. Marsilio M, Fusco F, Gheduzzi E, Guglielmetti C. Co-production performance evaluation in healthcare. A systematic review of methods, tools and Metrics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Mar 24;18(7):3336.
9. Scottish Government. Self-directed Support: a National Strategy for Scotland. *Edinburgh: Scottish Government*; 2010.
10. Holmes B. Citizens' engagement in policymaking and the design of public services. *Canberra: Parliamentary Library*; 2011.
11. World Health Organization. Islamic Republic of Iran: Primary Health Care and Family Practice. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326243/WHO-HIS-SDS-2018.27-eng.pdf>
12. Plan and Budget Organization of Iran. Sixth Development Plan. Tehran: Plan and Budget Organization of Iran; 2020. Available from: <https://www.mporg.ir/fa/plan/6> (In Persian).
13. Malekafzali H. Community participation in health system management: Challenges and solutions. *J Culture Health Promot Acad Med Sci*. 2022;6(1). (In Persian).
14. Ramezankhani A. Public participation and community health promotion. *Sci-Res J Sacred Def Resist Milit Health*. 2023;6(1):48-53. (In Persian).
15. Needham C, Carr S. Co-production in Social Care: What it is and How to Do It. *London: Social Care Institute for Excellence*; 2013.
16. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10(1 Suppl):21-34.
17. Lemire S, Kwako A, Nielsen SB, Christie CA, Donaldson SI, Leeuw FL. What is this thing called a mechanism? Findings from a review of realist evaluations. *New Dir Eval*. 2020; (167):73-86.
18. Jones VR, Waring J, Wright N, Fenton SJ. A rapid realist review of literature examining co-production in mental health services for youth. *JCPP Adv*. 2024; e12272.
19. Postma MR, Vrancken S, Daemen M, Van Der Meulen IH, Volbragt N, Delespaul P, et al. Working mechanisms of the use and acceptability of ecological momentary interventions: a realist evaluation of a guided self-help ecological momentary intervention targeting self-esteem. *BMC Public Health*. 2024; 24(1):1633.
20. Blanchet K, Sanon VP, Sarrassat S, Somé AS. Realistic evaluation of the Integrated Electronic Diagnosis Approach (IeDA) for the management of childhood illnesses at primary health facilities in Burkina Faso. *Int J Health Policy Manag*. 2023; 12:6073.

21. Greenhalgh T, Humphrey C, Hughes J, Macfarlane F, Butler C, Pawson RAY. How do you modernize a health service? A realist evaluation of whole-scale transformation in London. *Milbank Q.* 2009; 87(2):391-416.
22. Scott RJ, Mathie E, Newman H, Almack K, Brady LM. Commissioning and co-production in health and care services: An exploratory literature review. *Health Expect.* 2023.
23. Reed H, Couturiaux D, Davis M, Edwards A, Janes E, Kim HS, et al. Co-production as an emerging methodology for developing school-based health interventions with students aged 11–16: systematic review of intervention types, theories and processes and thematic synthesis of stakeholders' experiences. *Prev Sci.* 2021;22(4):475-91.
24. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. *Newbury Park: Sage Publications;* 1989.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
26. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant.* 2022;56(3):1391-412.
27. King N, Horrocks C. Interviews in qualitative research. *London: Sage;* 2010.