

تبیین نقش مؤلفه‌های مدیریت مشارکتی بر اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی - درمانی: تئوری زمینه‌ای

مهتاب قنبرنژاد^۱، زهرا شکوه^{۲*}، محسن زاینده‌رودی^۳، امین نیک‌پور^۳، سعید صیادی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت دولتی (گرایش خط‌مشی‌گذاری و تصمیم‌گیری)، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۲. استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۳. دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

● پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۲۰

آخرین اصلاح مقاله: ۱۴۰۲/۱/۳۱

● دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

زمینه و هدف: اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی - درمانی به معنی انجام تصمیمات، ارزشمندترین و پیچیده‌ترین مرحله فرایند خط‌مشی‌گذاری می‌باشد که با مشارکت امکان‌پذیر است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین نقش مؤلفه‌های مدیریت مشارکتی بر اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی - درمانی بود. **روش کار:** این مطالعه به روش کیفی گراند تئوری با رویکرد ساخت‌گرایی Charmaz به منظور پاسخ به سؤال اصلی منطبق با هدف تحقیق انجام شد. روش نمونه‌گیری گلوله برفی هدفمند بود و داده‌های حاصل از ۴۰ مصاحبه نیمه عمیق نیمه ساختار یافته به روش کدگذاری اولیه و متمرکز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت استحکام داده‌ها، از روش سه سویه‌سازی استفاده گردید. **یافته‌ها:** از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مقاوم بودن مدیران و کارکنان و هم‌راستا نبودن اهداف و تلاش‌های فردی و سازمانی، از جمله موانعی است که اجرای مدیریت مشارکتی را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین، شرکت‌کنندگان زمینه‌سازی برای اجرای مدیریت مشارکتی در سازمان‌های بهداشتی و طراحی شیوه اجرا و تدوین یک برنامه جامع و مدون را در اجرای خط‌مشی‌های حوزه سلامت، مهم بیان نمودند. از دیدگاه آنان، به کارگیری درست مدیریت مشارکتی می‌تواند به پیامدهای مثبت تعالی فرد، تعالی سازمان و مسأله‌یابی و حل آن منتهی شود. در عین حال، مقاومت مدیران و عدم کنترل، از جمله پیامدهای منفی گزارش شده بود که باید مورد توجه قرار گیرد. **نتیجه‌گیری:** در راستای اجرای مدیریت مشارکتی در حوزه سلامت و توسعه فرهنگ آن با همکاری بهینه ذی‌نفعان مختلف، بستر مناسبی برای استفاده از این نوع مدیریت فراهم می‌گردد. همچنین، توسعه دانش و کسب مهارت‌های لازم و در نهایت، پایش عملکرد سیستم بهداشتی - درمانی به عنوان یکی از ضروریات اصلی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مدیریت مشارکتی، اجرای خط‌مشی، خط‌مشی بهداشتی - درمانی

نویسنده مسؤول: گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

● تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۱۰۰۴۳ ● نمابر: ۰۳۴-۳۳۲۱۰۰۴۳

مقدمه

در سال‌های اخیر تغییرات اساسی در روند سریع خط‌مشی‌گذاری عمومی صورت گرفته؛ به طوری که مسایل خط‌مشی‌گذاری عمومی پیچیده‌تر شده است (۱). اجرای خط‌مشی بیش از هر چیز تحت عنوان تعامل هماهنگ یا مشارکت (۲، ۳) و در عمل، همکاری میان بازیگران بیرونی و درونی بدنه دولت تعریف می‌شود (۴). از طرف دیگر، مفهوم دوگانگی سیاست- اداره همواره مورد مناقشه و ابهام بوده است (۵، ۶). چشم‌انداز سنتی اداره موجب شده است تا اجرای خط‌مشی به عنوان «حلقه مفقوده» نامیده شود (۴). امروزه در دیدگاه جدید، خط‌مشی‌گذاری از سوی خط‌مشی‌گذاران و اجرای آن‌ها به دست مدیران دولتی، فرایندی بالا به پایین نیست و با مذاکره و همکاری هر دو انجام می‌شود (۷) و نوعی تعامل و همکاری تقویت شده بین مقامات منتخب و دولتی، باعث تکامل دوگانگی شده است (۱).

از مطالعاتی که به بررسی اجرای مؤثر خط‌مشی‌های نظام سلامت پرداخته‌اند، می‌توان به تحقیق معصومی و همکاران با هدف ارایه الگوی اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت اشاره کرد. یافته‌های آن‌ها نشان داد که مؤلفه‌های فرهنگ عمومی، ساختار، اطلاع‌رسانی، کیفیت خط‌مشی، سبک و شیوه اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند و محیط، از جمله عوامل مؤثر بر اجرای سیاست به شمار می‌رود (۸). لیوانی و همکاران در پژوهشی که با هدف بررسی الزامات کلیدی مؤثر بر اجرای خط‌مشی گردشگری پزشکی در استان گلستان انجام شد، پنج مقوله اصلی «معماری سازمان، ظرفیت‌سازی، کیفیت خدمات، نظام خط‌مشی‌گذاری، تبلیغات و برندسازی» را گزارش نمودند (۹).

عدم توجه به مشارکت ذی‌نفعان (افراد مؤثر بر سازمان و افراد تأثیرپذیر از سازمان) در تدوین خط‌مشی‌ها، موجب ناکارآمدی خط‌مشی‌ها در حل مسایل می‌گردد و مشارکت ذی‌نفعان باعث به اشتراک گذاشتن دانش و اطلاعات مفید می‌شود و پشتیبانی برای بهبود بلندمدت و رسیدن به نقطه مطلوب است (۱۰).

در سال‌های اخیر، مدیریت مشارکتی به عنوان رویکردی برای کاهش تعارض‌ها شناسایی شده است (۱۱). این سیستم مدیریتی به عنوان یک سیستم مطلوب و کارآمد، آزمون‌های موفقیت‌آمیز خود را چه از نظر تئوری و چه از لحاظ عملی پشت سر گذاشته است و هم‌اکنون در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به طور کامل مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۲). Heldt و Euler پیشنهاد کردند که مدیریت مشارکتی به طور فزاینده‌ای، منجر به دموکراتیک شدن فرایندها و کیفیت بالاتر تصمیم‌گیری می‌شود که فراتر از مشارکت و ارتقای استراتژی خود سازمانی است (۱۳). سبک مدیریت مشارکتی و دموکراسی در کار، منجر به عملکرد بهتر کارکنان می‌شود. چندین مطالعه این نظر را تأیید کرده‌اند. به عنوان مثال، نتایج نشان داده است که مدیریت مشارکتی منجر به غیبت کمتر و تمایل کمتر به جابه‌جایی می‌شود (۱۴، ۱۵). Petty و همکاران بر اساس متاتحلیل، رابطه قوی بین رضایت شغلی و عملکرد کارکنان را در مدیریت مشارکتی نشان دادند (۱۶).

مشارکت در سازمان‌ها امری ضروری است. امروزه تصمیماتی در سازمان‌ها اتخاذ می‌شود که بسیار پیچیده و از درون به هم وابسته می‌باشد و نیاز به مشارکت تیمی است. همچنین، مشارکت کارکنان فقط شامل استفاده از اطلاعات آنان نیست، بلکه استفاده از دانش و تجربه کارکنان به عنوان یک مشاور در سازمان‌ها نیز می‌باشد (۱۷). مدیریت مشارکتی، طرفداران و مخالفان خاص خود را دارد. به طور کلی، نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که بهره‌وری یک سازمان با اجرای برنامه مشارکت کارکنان، بین ۳۰ تا ۴۰ درصد افزایش می‌یابد. این شیوه در کشورهای پیشرفته بسیار متداول است. در این سبک، نه تنها بهره‌وری افزایش می‌یابد، بلکه دست‌کم به دو ارزش بنیادین انسان یعنی آزادی و خودفرمانروایی نیز وفا می‌شود (۱۸، ۱۹). با توجه به اهمیت اجرای مناسب خط‌مشی‌های موجود در حوزه سلامت و همچنین، تأثیر عوامل چندگانه مانند وجود پیچیدگی‌های مختلف در مسیر اجرای آن‌ها، ضرورت مشارکت تیم‌های مرتبط در راستای اجرای اثربخش آن‌ها بیش از پیش اهمیت دارد. با توجه به عدم وجود الگوی مناسبی که شامل کلیه ابعاد و مؤلفه‌های ضروری در این زمینه باشد و

همچنین، اهمیت استفاده از نظرات خبرگان و صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان در این حیطه، هدف از انجام پژوهش حاضر، ارایه دیدگاه مشارکت‌کنندگان در خصوص تبیین نقش مؤلفه‌های مدیریت مشارکتی بر اجرای خط‌مشی‌های حوزه سلامت و تبیین الگوی پارادایمی با استفاده از نظرات آن‌ها در نظام سلامت بود.

روش کار

در این مطالعه کیفی، از رویکرد تئوری زمینه‌ای استفاده شد. هدف از تحقیقات تئوری زمینه‌ای، بررسی عمیق فعالیت‌های کاری، رفتارها، عقاید و نگرش‌های افراد یا گروه‌ها می‌باشد. در واقع، این کار منجر به شناخت دقیق‌تری از پدیده، ابعاد و مؤلفه‌های مرتبط با آن می‌گردد. بر خلاف روش‌های پژوهشی که با هدف توصیف پدیده‌ها طراحی می‌شوند، هدف اولیه تئوری زمینه‌ای، توسعه تئوری است (۲۰). دلیل استفاده از این روش در مطالعه حاضر، روشن نمودن فرایند تعیین مؤلفه‌ها و ابعاد مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های حوزه سلامت بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان در حوزه‌های فعالیت‌شان در نظام سلامت بود. همچنین، این سؤال تحقیق که «مؤلفه‌های مؤثر بر مدیریت مشارکتی در راستای اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی چگونه هستند؟» مد نظر قرار گرفت. پژوهش حاضر بر اساس نظریه زمینه‌ای با رویکرد ساخت‌گرایی (Charmaz (۲۱) طراحی و اجرا گردید.

محیط مطالعه، دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و آزاد اسلامی واحد کرمان در کشور ایران بود. معیارهای ورود به تحقیق شامل افراد دارای تجربه و سابقه فعالیت اجرایی در حوزه بهداشت و درمان شامل مدیران رده‌های بالا و میانی بود. همچنین، آن‌ها به صورت کتبی موافقت کردند که با آن‌ها مصاحبه انجام شود. نمونه‌گیری بر اساس روند تحقیقات کیفی با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف آغاز گردید و با نمونه‌گیری روش گلوله برفی هدفمند ادامه یافت. لازم به ذکر است که در فرایند تجزیه و تحلیل بر اساس نمونه‌گیری تئوری جهت پوشش خلأهای شناسایی شده، چندین مدیر در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی در کلان منطقه هشت

آموزش عالی سلامت به مشارکت‌کنندگان پژوهش اضافه شدند. جمع‌آوری داده تا اشباع نظری ادامه داشت.

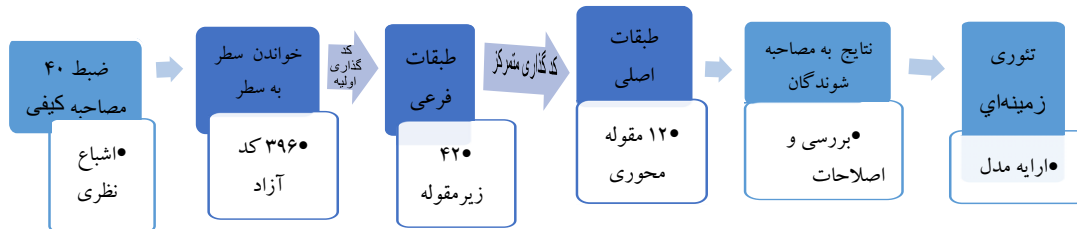
روش جمع‌آوری داده‌ها

داده‌های مطالعه از طریق ۴۰ مصاحبه نیمه عمیق نیمه ساختار یافته (۲۳) مورد چهره به چهره و ۱۷ مورد آنلاین و بررسی اسناد بالادستی موجود در زمینه خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت جمع‌آوری شد. مصاحبه‌های اکتشافی به صورت حضوری و غیر حضوری در کرمان با کمک شبکه اجتماعی WhatsApp انجام شد. مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۵۵ دقیقه به طول انجامید. ۱۲ مشارکت‌کننده برای دومین بار پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های اول مصاحبه شدند. جمع‌آوری نظرات مصاحبه‌شوندگان با سؤال باز آغاز گردید. سپس توضیحات مصاحبه‌شوندگان در خصوص مزایا و معایب، ابعاد، شرایط تأثیرگذار و تأثیرپذیر، فرایندها، بسترها و زمینه‌ها و الزامات پیاده‌سازی مدیریت مشارکتی در راستای اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی، سازمان‌ها و واحدهای دخیل و وظایف آن‌ها در قالب سؤالات بسته اخذ شد و به مصاحبه‌شوندگان فرصت لازم برای ارایه توضیحات تکمیلی داده شد. هم‌زمان با جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، استفاده از یادداشت‌ها و یادداشت‌های میدانی، نقش ارزنده‌ای در شناسایی مؤلفه‌های مدیریت مشارکتی بر اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی داشت.

داده‌ها بر اساس رویکرد سازنده‌گرایی Charmaz (۲۱) تجزیه و تحلیل شد. فرایند تحلیل با رونویسی مصاحبه‌ها و مشاهدات آغاز و به صورت دستی در نرم‌افزار Word نسخه ۲۰۱۹ (شرکت Microsoft، واشینگتن، آمریکا) انجام شد. سپس مصاحبه‌ها خط به خط خوانده و کدهای آزاد اولیه از آن‌ها استخراج گردید. این کدهای آزاد اولیه در یک زیرمجموعه از نظر مفهوم و معنی نوشته شد. به تدریج بر تعداد کدهای ثبت شده افزوده شد و با افزودن هر مصاحبه و مشاهده، زیرمجموعه‌های متنوع‌تری ایجاد گردید. سپس در مرحله کدگذاری متمرکز، پژوهشگران زیرمجموعه‌ها را در دسته‌های اصلی طبقه‌بندی کردند. جهت اطمینان، نتایج مجدد در اختیار

مشارکتی مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی در پنج بعد اصلی شامل ۱۲ مقوله محوری، ۴۲ زیرمقوله و ۳۹۶ کد آزاد شناسایی گردید (شکل ۱).

مصاحبه‌شوندگان قرار داده شد تا چنانچه اصلاحاتی نیاز است، انجام شود. در نهایت، با استفاده از روش‌های مقایسه ثابت در آخرین مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، مؤلفه‌های مدیریت



شکل ۱. فرایند اجرای کدگذاری پژوهش با رویکرد Charmaz

سوم به عنوان فردی مجرب در پژوهش‌های کیفی، به صورت جداگانه فرایند کددهی و تحلیل داده‌ها را مورد ارزیابی قرار داد.

یافته‌ها

۴۰ مشارکت‌کننده در مصاحبه‌ها حضور داشتند. ۳۸ نفر از آنان، اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند که ۱۴ نفر رتبه استاد، ۱۱ نفر دانشیار و ۱۰ نفر استادیار داشتند و ۲ نفر غیر هیأت علمی بودند. ۲۴ نفر (۶۰ درصد) از مشارکت‌کنندگان مرد و ۱۶ نفر (۴۰ درصد) را زنان تشکیل دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان مرد و زن به ترتیب ۴۶/۰ و ۳۶/۵ سال بود. علاوه بر این، ۳۸ نفر از مشارکت‌کنندگان متأهل و ۲ نفر مجرد بودند. رشته تحصیلی مشارکت‌کنندگان بسیار متنوع و شامل دکتری تخصصی پزشکی، داروسازی، دندان‌پزشکی، مدیریت در گرایش‌های مختلف، سیاست‌گذاری، علوم آزمایشگاهی، اقتصاد، گرایش‌های پرستاری و مهندسی پزشکی بود. در مجموع، ۳۹۶ کد آزاد، ۴۲ زیرمقوله و ۱۲ مقوله اصلی به دست آمد که جدول ۱ آمده است.

روایی و پایایی مطالعه

محققان از پنج معیار Lincoln و Guba یعنی «اعتبار، قابلیت انتقال، قابل اعتماد بودن، انطباق‌پذیری و اعتبار» برای تقویت داده‌ها استفاده کردند (۲۲). مشارکت طولانی مدت در یک موضوع، یک روش اعتبارسنجی مناسب است. راه دیگر برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، بررسی اعضا است. از این‌رو، محقق مصاحبه‌های رونویسی شده را از طریق ایمیل یا WhatsApp برای مصاحبه‌شوندگان ارسال کرد تا از رونویسی صحیح و درک مشابهی از مفاهیم اطمینان حاصل کند. استفاده از روش سه سویه‌سازی در جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه، مشاهدات، یادداشت‌های میدانی و اسناد موجود، اعتبار پژوهش را افزایش داد. برای دستیابی به روایی بیشتر یافته‌ها و ایجاد داده‌های گسترده‌تر، از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (سن، جنسیت، رشته‌های تحصیلی مختلف و سابقه مدیریتی مرتبط) استفاده گردید. جهت تحلیل داده‌ها، ابتدا پژوهشگر اول جداگانه به پیاده‌سازی کدگذاری و بررسی مصاحبه‌ها پرداخت. سپس پژوهشگر دوم به صورت مجزا این موارد را بررسی و داده‌ها را تحلیل نمود. نفر

جدول ۱: کدهای آزاد، زیرمقوله و مقوله‌های اصلی پژوهش حاضر

دسته‌بندی	مقوله اصلی	زیرمقوله‌ها	نمونه کدهای آزاد
سه‌بعدی	تسهیلگر اجرا	ضرورت‌های اجرایی	لزوم مشارکت تیم‌های متعدد، لزوم تحقق عدالت اجتماعی و مشارکت بین‌بخشی و پاسخگویی، تعدد مهارت‌ها و منابع، عدم موفقیت در انجام وظایف به تنهایی
		تمایل و توانایی استفاده از رویکرد مشارکت	وجود توانایی و دانش و انگیزه لازم برای استفاده از رویکرد مشارکتی، شدت همکاری (کامل یا نسبی)، ترجیح مصلحت جمعی به مصلحت شخصی، داشتن گفت‌وگو، تعاملی، تمایل و علاقمندی کارکنان به مدیریت مشارکتی
	بازدارنده اجرا	موانع اجرایی	مقاوم بودن مدیران و کارکنان در اجرای این شیوه، نداشتن نتایج خوب در صورت نبود نظم و مدیریت اثربخش، عدم بهره‌مندی نیروهای درمان از تایم لازم
		تعارض منافع	عدم تفاهم، مقاومت در صورت تضاد اجرا با منافعشان، هم‌راستا نبودن اهداف و تلاش‌های فردی و سازمانی
راهبردها	زمینه‌سازی برای اجرا	تأمین پیش‌نیازهای اجرایی	ایجاد منابع، زیرساخت لازم و غنی‌سازی فرهنگ مشارکتی، بسیج نیرو و امکانات، اعطای قدرت و اختیار متناسب با وظایف، تصویب ساز و کار قانونی
		تأمین پیش‌نیازهای اطلاعاتی	درک صحیح از مسأله، محیط و وضعیت فعلی، شناسایی موانع همکاری، الگوگیری از مدل‌های موفق، در دسترس بودن اطلاعات دقیق و قابل فهم مورد نیاز برای تصمیم‌گیری، علم‌سنجی، گفت‌وگو، سازش، برگزاری کارگاه‌های آموزشی
		تأمین پیش‌نیازهای ارتباطی	تیم‌سازی، جلب مشارکت کارکنان از طریق ایجاد اعتماد و اطمینان در آن‌ها، فراهم کردن فرصت همکاری و اظهار نظر، باز بودن کانال‌های ارتباطی، رفع موانع نوآوری و بیان صریح ایده‌ها، اصلاح شیوه مدیریت و رهبری خشک و مستبدانه
		تأمین پیش‌نیازهای فرهنگی	فراهم‌سازی بستر فرهنگی مناسب، همسو کردن ارزش‌ها و ایجاد نگرش مثبت، ایجاد روحیه مشارکتی در جهت ظرفیت‌سازی و هم‌افزایی نیروها (داخلی و خارجی)، دوری از سیاست‌زدگی و حفظ انسجام گروهی
	طراحی شیوه اجرا	طراحی خط‌مشی و قوانین	طراحی هوشمندانه خط‌مشی‌ها، تدوین و ابلاغ محتوای خط‌مشی و برنامه اجرایی پیوست، ارائه راهکار پیاده‌سازی رویکرد مشارکتی، تعیین مرجع رفع ابهام، تصویب قوانین حمایت‌کننده
		طراحی محتوای آموزشی اجرا	ارایه برنامه‌های آموزشی هدفمند، ارایه محتوای آموزشی کاربردی مرتبط با سطوح مختلف بر اساس نیاز و اهداف آموزشی
		طراحی ارتباطات سازمانی	طراحی ساختار مناسب و جریان ارتباطات رسمی و غیر رسمی درون سازمانی و برون سازمانی، شبکه‌سازی، ساز و کار حل اختلاف (شورای مشورتی، نظام و کمیته پیشنهادها)، ایجاد هماهنگی بین لایه‌ها و در تمامی سطوح، چگونگی تقسیم کار و پیگیری انجام کار و ادامه داشتن چرخه همکاری
		طراحی سبک مشارکت	طراحی ساز و کار مشارکت کارکنان، نحوه، سطوح، حدود، شیوه‌نامه مشارکت بر اساس اسناد بالادستی یا آیین‌نامه داخلی
	طراحی بخش اجرایی	طراحی بخش اجرایی	طراحی روش کنترل و ارزشیابی، دادن منابع و اختیارات متناسب با وظایف به افراد

اجرای اصولی	اصول طراحی مشارکت	طراحی بر اساس شرایط بومی، اهداف و رسالت سازمان، ابعاد مختلف مسأله بر پایه همکاری همه واحدها، نوشتن سناریوهای مرتبط با شرایط و اقدام به موقع، عدم ایده‌آل‌گرایی
	گروه‌بندی متناسب	تیم‌سازی تشکیل شوراهای بین‌بخشی، راه‌اندازی انجمن‌ها و تشکلهای، گروه‌های داوطلب مشارکتی و مشاوره‌ای گروه خودگردان، تشکیل گروه‌های خبره و سامانه‌های نظر جمع
	استفاده از خبرگان در اجرا	استفاده از خرد همگانی از طریق تعامل و گفت‌وگوهای ذی‌نفعان در اجرا، بسیج امکانات
	ارایه خط‌مشی‌ها و اجرای آن‌ها	اعلام خط‌مشی و نحوه اقدام، گزارش شاخص‌ها اجرا بر اساس شرایط و مقتضیات
	واگذاری مسئولیت	برون‌سپاری، واگذاری بخشی از خدمات به بخش خصوصی
	محتوای اجرایی	از بین بردن ابهامات و تضاد، به کارگیری نظرات اجراکنندگان در مرحله تصویب
	ایجاد ارتباطات مشارکت‌محور	برقراری ارتباطات هوشمندانه همه جانبه، اجرای مدیریت مشارکتی متناسب با موقعیت اجرایی
	فرایند اجرا	اجرای پایلوت، بررسی پیشنهادها و انتخاب ابزارهای لازم با اتفاق نظر همه، تصمیم‌گیری تعاملی و مشورتی، تلاش برای کاهش تصدی در امور اجرایی و برون‌سپاری اجرا
	تعیین واحدهای همکاری‌کننده	مؤسسات ارایه خدمات بهداشتی- درمانی و توان‌بخشی، دولتی و خصوصی (دارویی، آزمایشگاهی، تجهیزات و لوازم مصرفی) سازمان‌های نظام پزشکی و نظام پرستاری، قوه قضاییه، کمیته امداد، سازمان افغانه، خیرین، شرکت‌های دانش‌بنیان، صدا و سیما، سمن‌ها، گروه‌های ذی‌نفع
	تشکیل جلسات	جلسات مجازی یا حضوری، فرم‌های باز نظرسنجی، راه‌اندازی وب‌سایت‌ها
ارزیابی و اصلاح	ارزیابی	پایش و کنترل اجرا، رصد گلوگاه‌ها و گزارش پایش‌ها، بررسی نقاط ضعف و ارایه راه‌حل، اجرای خودارزیابی سالانه و طولانی مدت
	بازخوردگیری و بازخورددهی	درجه رشد مشارکت نسبت به سال قبل مشارکت برای نشان دادن وسعت فراگیری، نظرسنجی شفاهی یا کتبی، سامانه ارایه پیشنهادها
	اجرای اصلاحات	رصد مشکلات حین کار و انجام اقدامات اصلاحی، مقابله با عدم همکاری و کم‌کاری، جهت‌دهی مناسب به تلاش‌ها و فعالیت‌ها در راستای دستیابی به اهداف
	حمایت برای تکرار و اقدام مجدد	حمایت سازمان از پیشنهادها و حتی ایرادات احتمالی اعلام شده، ثبت تجربه‌های موفق، پاداش‌های مادی و معنوی متناسب
شرایط زمینه‌ای	وضعیت اطلاعاتی موجود	عدم دسترسی به اطلاعات و رؤسا، کمبود و بعضی موارد نبود شاخص‌های روشن، گنگ بودن سبک اجرایی
	وضعیت امکانات موجود	میزان دسترسی به منابع مالی و انسانی تجهیزاتی، زمان و فضای مناسب، تعداد شوراهای مشورتی، تعداد قراردادهای مشترک همکاری
	شرایط محیط	شرایط اقتصادی، اجتماعی، تکنولوژی سیاسی، قانونهای حمایتی
	فرهنگ محیط	مقبولی خط‌مشی، میزان پایداری سیاست‌ها و انعطاف در سبک و شیوه مدیریت، تمایل کل سازمان برای اجرای رویکرد مشارکتی نه فقط ادعا، شفافیت و عدم ابهام، جو سازمانی

	فرهنگ کارکنان	ویژگی کارکنان (تعهد انگیزه مهارت)، نگرش نسبت به مدیریت مشارکتی، علاقمندی و مسئولیت‌پذیری، میزان مداخله داوطلبانه کارکنان، پذیرش انتقادات و نوآوری و خلاقیت، تحمل خطر بالا
		مقاومت کارکنان و مدیران، نبود زبان مشترک، تضاد منافع، توجه صرف به منافع خود
تشریح و اسطه‌ای	شیوه اجرا	سرعت اجرا
	شیوه تدوین	نوع اجرا
		شکاف تدوین و اجرا
		خط‌مشی‌گذاری
تبدیل	تعالی سازمانی	میزان پیگیری مسئولان برای اجرای این رویکرد، سرعت انجام کار، به‌روز بودن تیم‌سازی و میزان تناسب تیم‌ها با هم، نظم جلسات و شیوه اداره جلسات، قابلیت اجرایی داشتن خط‌مشی، پاسخگویی، واقع‌گرایی و انعطاف‌پذیری لازم
	تعالی فردی	عدم ضمانت اجرایی داشتن بعضی خط‌مشی‌ها، میزان فاصله بین مجریان و خط‌مشی‌گذاران
	مسأله‌یابی و حل آن	مبتنی بر شواهد بودن خط‌مشی‌ها، شفافیت، دقت، به‌روز بودن، قابلیت اجرا و میزان هم‌سویی خط‌مشی‌ها
	مقاومت مدیران	کمتر شدن فاصله بین مجریان و خط‌مشی‌گذاران، بهره‌وری، توسعه فرهنگ مشارکتی، افزایش سرعت اجرا، افزایش تعهد سازمانی، آمادگی و توان بیشتر سیستم برای حل مسایل مختلف
	عدم کنترل	افزایش روحیه اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری، تعهد در کارکنان، رضایت شغلی، ایجاد انگیزه، یادگیری از تجربه دیگران، گسترش مهارت ارتباطی و هم‌افزایی درونی، ایجاد حس مالکیت در افراد
	پیامدهای منفی	نگاه به جوانب مسأله از دیدگاه‌های مختلف، کم شدن احتمال چشم‌پوشی در شناخت مسأله، راه‌حل‌ها و حل مسأله، تصمیم‌گیری زمان‌بر و سخت ولی سرعت در اجراء تقسیم خطر و افزایش جرأت برخورد با مسایل

شرایط علی

با توجه به تحلیل یافته‌ها، دو مقوله اصلی تسهیلگران و بازدارندگان اجرا در زیرمجموعه‌های شرایط علی (تأثیرگذار بر مقوله اصلی) دسته‌بندی شد. در واقع، به نظر می‌رسد مجموعه عواملی وجود دارد که موجب می‌شود اجرای مدیریت مشارکتی تا حد زیادی به تسهیل و با جدیت بیشتر انجام گیرد و آن تسهیلگر اجرا است. از سوی دیگر، مقاوم بودن مدیران و کارکنان در اجرای این شیوه، هم‌راستا نبودن اهداف و تلاش‌های فردی و سازمانی، عدم بهره‌مندی نیروهای درمان از زمان لازم، عدم تفاهم بین کارکنان و... از جمله موانعی هستند که اجرای مدیریت مشارکتی را با مشکل مواجه می‌کنند.

«مسایل و مشکلات پیچیده امروزی که پیش روی وزارت

بهداشت درمان کشور است، از جمله عواملی است که لزوم مشارکت تیم‌های وسیعی با تخصص‌های زیادی را لازم و ضروری می‌داند» (مشارکت‌کننده ۲).

«باید واقع‌گرایی و انعطاف‌پذیری لازم را داشته باشیم. امروزه سازمان‌های خشک و مکانیکی دیگر جوابگوی نیازهای جدید نیست. باید با توجه به سناریوهای پیش رو، بر اساس نوع خط‌مشی و خصوصیات سازمان انعطاف داشته باشیم. از نظرات ذی‌نفعان داخلی و خارجی و فن‌آوری‌های روز بهره‌برداری کنیم» (مشارکت‌کننده ۱).

«رویکرد مشارکتی که برای مدیریت منابع مالی، انسانی و اطلاعات کاربرد دارد، باید از سطوح کلان تا خرد از آن استفاده کرد، اما مشکلاتی هم دارد مدیران آن را به خوبی نمی‌پذیرند» (مشارکت‌کننده ۴).

راهبردها

برای اجرای مدیریت مشارکتی، باید اقدامات و تعاملات ویژه‌ای انجام شود. اولین مرحله برای اجرای آن در سازمان‌های بهداشتی، زمینه‌سازی برای اجرا است. بر اساس یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها، «تأمین پیش‌نیازهای اجرایی، اطلاعاتی، ارتباطی و فرهنگی» از جمله زیرمقوله‌های شناسایی شده مرتبط با مقوله مقدمه‌سازی برای اجرای مدیریت مشارکتی می‌باشد.

«برای اجرای طرح، ما نیاز داریم نیروهای متخصص و با تجربه رو استخدام کنیم و البته که آگه قانون و ضوابط درستی پشت کار نباشه، نمی‌تونیم درست اجراش کنیم؛ چون پایه محکمی نداره» (مشارکت‌کننده ۱۳).

«باید مدل‌های موفق رو بشناسیم تا از تجارب اون‌ها در کار الگو بگیریم» (مشارکت‌کننده ۱۰).

دومین مرحله برای اجرای مدیریت مشارکتی در سازمان‌های بهداشتی- درمانی، طراحی شیوه اجرا و تدوین یک برنامه جامع و مدون برای اجرای طرح مدیریت مشارکتی با زیرمقوله‌های «طراحی خط‌مشی و قوانین، طراحی محتوای آموزشی اجرا، طراحی ارتباطات سازمانی، طراحی سبک مشارکت، طراحی بخش اجرایی، اصول طراحی مشارکت» است.

«ملاحظات سیاسی کوتاه‌مدت باعث اجرای ضعیف می‌گردد. باید سیاست‌های فرادستی بلندمدت حاکم بر کل خط‌مشی‌ها باشد، مغایرتی نباشد و هم‌راستا باشند» (مشارکت‌کننده ۱۳).

«باید بهترین محتوا بر اساس زمینه موجود در بهترین فرایند قرار گیرد و بهترین نتیجه حاصل شود. مثل شرایط الآن که می‌دانیم چه می‌خواهیم، ولی به ثمر نمی‌رسد» (مشارکت‌کننده ۱۰).

اجرای اصولی با استفاده از تیم خبرگان، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها و سومین مرحله شناسایی شده در دستیابی به مدیریت

مشارکتی است که با استفاده از «گروه‌بندی متناسب، استفاده از خبرگان در اجرا، ارایه خط‌مشی‌ها و اجرای آن‌ها، واگذاری مسئولیت، محتوای اجرایی، ایجاد ارتباطات مشارکت‌محور، فرایند اجرا، تعیین واحدهای همکاری‌کننده و تشکیل جلسات» امکان‌پذیر خواهد شد.

«گروه‌های پروژه‌ای و گروه هدف طراحی شود، فرصت همکاری و اظهار نظر و مشورت فراهم شود، کانال‌های ارتباطی باز باشد، امنیت شغلی برقرار باشد، الزامات و تعهدات مشارکت بیشتر فراهم باشد. ضرورت‌ها نوشته و روند تصمیم‌سازی به گونه‌ای طراحی شود که همگان مشارکت کنند. ایده‌ها پذیرفته و بررسی شود» (مشارکت‌کننده ۸).

«باید از خبرگان برای اجرای این طرح استفاده کنیم، کلاً مشارکتی که به خبرگان و نخبگان بها داده نشه، مشارکت به درد بخوری نیست» (مشارکت‌کننده ۱۱).

ارزیابی مناسب از اجرا و انجام اصلاحات لازم برای تکمیل فرایند و ادامه آن، از ضروریات و چهارمین مرحله شناسایی شده است. «ارزیابی، بازخوردگیری و بازخورددهی، اجرای اصلاحات، حمایت برای تکرار و اقدام مجدد» زیرمقوله‌های مرتبط با این مقوله اصلی می‌باشد.

«بعد از اجرا می‌تونیم از طریق فرم‌های نظرسنجی، نظر مجریان و ذی‌نفعان رو جويا بشیم و ببینیم کار از نظر اون‌ها چه ایراداتی داشته و بعد از اون برای اصلاح اقدام کنیم» (مشارکت‌کننده ۳).

«آگه بتونیم ارزیابی رو به طور مداوم و همراه با اصلاحات پیش ببریم، خیلی زودتر به نتیجه دلخواه می‌رسیم» (مشارکت‌کننده ۱۲).

شرایط زمینه‌ای

در واقع، شرایط ویژه محیطی هستند که راهبردها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دو مقوله اصلی «امکانات و شرایط محیطی و فرهنگ محیط» در این زمینه مشخص گردید. سه زیرمقوله «وضعیت اطلاعاتی موجود، وضعیت امکانات موجود و شرایط محیط برای مقوله شرایط محیطی» شناسایی گردید.

«شرایط اقتصادی و اجتماعی الآن ما، به ما اجازه نمی‌دهد به راحتی طرح‌های منعطف رو اجرا کنیم؛ خصوصاً این که قانون درست و حساسی هم در این رابطه نداریم» (مشارکت‌کننده ۱۴).
«فرهنگ سازمان، فرهنگ کارکنان و وضعیت ارتباطی موجود»
زیرمقوله‌های شناسایی شده مرتبط با مقوله اصلی فرهنگ محیط بود.

«جو سازمانی که تسهیلگر مشارکت باشد یا تجربه موفق در مشارکت داشته باشند، نوع پاداشی که به مشارکت‌کنندگان داده می‌شود و انگیزه‌ای که نتیجه آن است، از عوامل تأثیرگذار زمینه‌ای است» (مشارکت‌کننده ۱).

«سبک و شیوه اندیشیدن مدیران و کارکنان بهداشتی - درمانی مهم است. توجه به تجربیات و شواهد خیلی اهمیت دارد. باید دید سیستمی داشت، کلی‌نگر بود» (مشارکت‌کننده ۱۹).

شرایط واسطه‌ای

شرایط عمومی هستند که راهبردها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. دو مقوله اصلی «شیوه تدوین (با زیرمقوله‌های شکاف تدوین و اجرا و خط‌مشی‌گذاری) و شیوه اجرا (با زیرمقوله‌های نوع اجرا و سرعت اجرا)» در این راستا شناسایی گردید.

«تو اجرای طرح باید نظم جلسات رعایت بشه، جلسات به‌موقع برگزار و تیم‌ها جوری تشکیل شده باشند که تناسب بالایی در آن‌ها وجود داشته باشه و مسئولان هم باید امور اجرا رو پیگیری کنند» (مشارکت‌کننده ۹).

«اگر گفتمانی و تعاملی انجام نشده باشد، به توافق هم نخواهیم رسید. هر کس ساز خود را می‌زند. باید مثل یک سیستم ساعت همراه و به‌موقع کار کرد» (مشارکت‌کننده ۴).

پیامدها

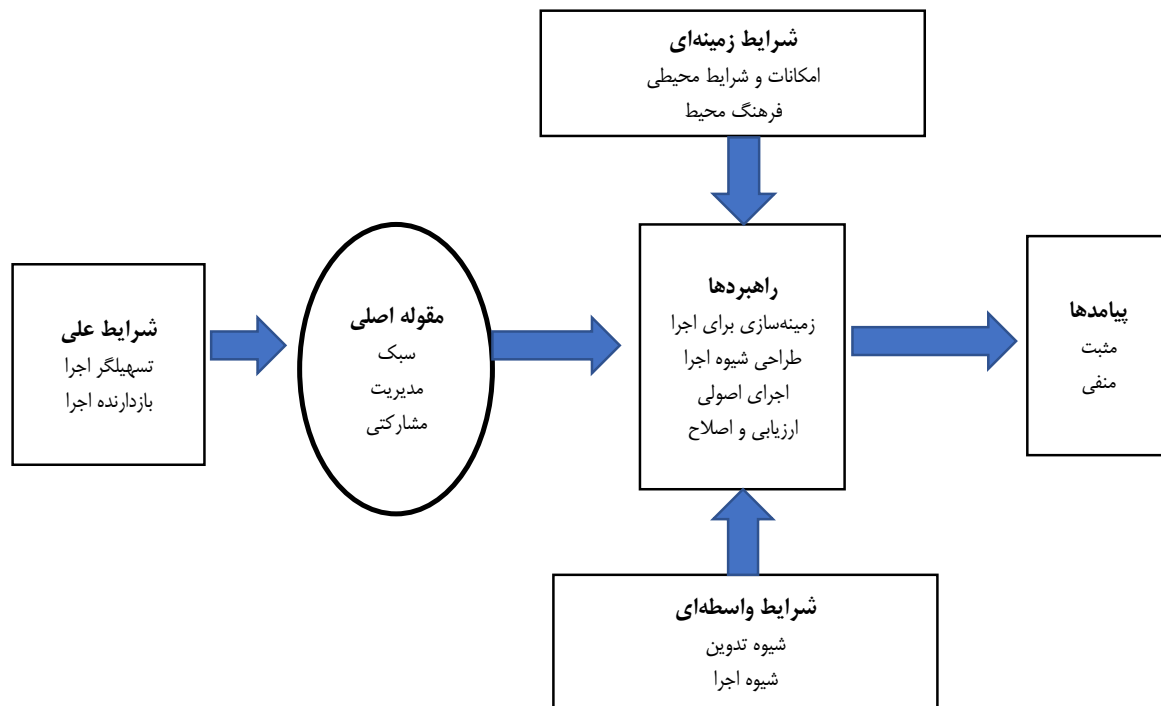
نتایج مثبت یا منفی هستند که در اثر اجرای راهبردها پدیدار می‌شوند. زیرمقوله‌های «تعالی سازمانی، تعالی فردی، مسأله‌یابی و حل آن» برای مقوله اصلی پیامد مثبت و زیرمقوله «محدودیت‌های اجرایی» برای مقوله اصلی پیامد منفی شناسایی گردید.

«از حالت تصمیم‌گیری فردی و سلیقه‌ای به سمت تصمیم‌گیری جمعی می‌رویم و در عمل، جمع بزرگ‌تری برای ادامه راه تلاش می‌کند» (مشارکت‌کننده ۲۲).

«وسعت تجارب و افزایش کیفیت تصمیم‌گیری، از مهم‌ترین نتایج است. بازبینی مشکلات راحت‌تر انجام می‌شود» (مشارکت‌کننده ۵).

«از معایب آن، جدید بودن این شیوه برای کارکنان است. تجربه و مهارت لازم را ندارند، به خوبی قبول نمی‌کنند، مقاومت می‌کنند. مدل ایده‌آلی مختص سازمان ما وجود ندارد و اجرا یک‌دست نیست» (مشارکت‌کننده ۳۲).

به طور کلی، مدل مفهومی که از یافته‌های مصاحبه‌های انجام شده به دست آمد، به صورت شکل ۲ می‌باشد.



شکل ۲. الگوی (مدل) پارادایمی سبک مدیریت مشارکتی

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله مؤلفه‌های مختلف مدیریت مشارکتی در راستای اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان شناسایی گردید. در خصوص راهبردهای اجرای مدیریت مشارکتی شناسایی شده، «زمینه‌سازی برای اجرا، طراحی شیوه اجرا، اجرای اصولی، ارزیابی و اصلاح» اهمیت بیشتری دارد. تدارک شرایط محیطی و آماده‌سازی فرهنگ محیط، از عوامل زمینه‌ای مؤثر در پیاده‌سازی مدیریت مشارکتی خواهد بود و از جمله شرایط واسطه‌ای اثرگذار می‌توان به شیوه اجرا و شیوه تدوین اشاره کرد. از نظر مصاحبه‌شوندگان، به کارگیری درست مدیریت مشارکتی، می‌تواند منجر به پیامدهای مثبت تعالی فرد، تعالی سازمان و مسأله‌یابی و حل آن شود. در عین حال، مقاومت مدیران وعدم کنترل، از پیامدهای منفی گزارش شده در پژوهش بود که باید مورد توجه قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه شرایط علی، نشان دهنده وجود زیرمقوله‌ای با عنوان «موانع اجرایی» در مقوله محوری

بازدارنده اجرا بود که با نتایج تحقیق Kostka (۲۳) همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش در مورد زیرمقوله «زمینه‌سازی اجرای خط‌مشی‌ها» شامل تأمین پیش‌نیازهای اجرایی، اطلاعاتی، ارتباطی و فرهنگی می‌باشد و با نتایج مطالعه Iyanda و Bello که به آسیب‌شناسی اجرای خط‌مشی عمومی در نیجریه پرداختند و عدم وضوح هدف، ابهام و فقدان فن‌آوری مناسب برای اجرا، عدم هماهنگی و فساد را از موانع اجرا معرفی کردند (۲۴)، همسو بود. در خصوص طراحی شیوه اجرا، Pressman و Wildavsky اعتقاد دارند که میزان اجرای موفقیت‌آمیز خط‌مشی، وابسته به میزان ارتباط بین سازمان‌های مختلف دخیل در امر اجرا است و وجود ناهماهنگی، موجب بروز مشکلات عدیده‌ای در اجرا می‌گردد (۲۵). به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، زیرمقوله‌های «ارزیابی، بازخوردگیری و بازخورددهی، اجرای اصلاحات، حمایت برای تکرار و اقدام مجدد» مرتبط با مقوله اصلی ارزیابی و اصلاح است. ضرورت‌های اجرایی و تمایل و توانایی استفاده از رویکرد مشارکت، زیرمقوله‌های مربوط به مقوله اصلی تسهیلگران اجرا

بود. عواملی که مانع از اجرای مدیریت مشارکتی بودند، نیز جزء زیرمقوله بازدارندگان از اجرای آن قلمداد شدند. یافته‌های این قسمت از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات جبارزاده کرباسی و مظلومی (۲۶) و اسدی و همکاران (۲۷) مطابقت داشت. نتایج تحقیق حاضر در مقوله شرایط زمینه‌ای و زیرمقوله‌های امکانات و شرایط محیطی، با یافته‌های پژوهش‌های بهادری و همکاران (۲۸) و لیوانی و همکاران (۹) مطابقت داشت. همچنین، در زمینه زیرمقوله فرهنگ با نتایج مطالعات معصومی و همکاران (۸) و خدابخشی و همکاران (۲۹) همسو بود. از خروجی‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها، دو مقوله در عوامل مداخله‌گر (واسطه‌ای) شامل شیوه اجرایی و شیوه تدوین شناسایی گردید. نتایج این قسمت از تحقیق با بررسی‌های Xiu و همکاران (۳۰)، ضابط‌پور و همکاران (۳۱) و خنیفر و همکاران (۳۲) مشابهت داشت. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، راهبردهای اجرای خط‌مشی بهداشتی- درمانی که باید مورد توجه قرار گیرد، در چهار گروه «زمینه‌سازی برای اجرای خط‌مشی بهداشتی- درمانی، طراحی شیوه اجرای خط‌مشی، اجرای اصولی خط‌مشی و ارزیابی و اصلاح خط‌مشی» دسته‌بندی می‌شود که با نتایج پژوهش‌های Iyanda و Bello (۲۴)، لیوانی و همکاران (۹) و خنیفر و همکاران (۳۲) همخوانی داشت.

پیامدهای مرتبط با اجرای طرح مدیریت مشارکتی به دو دسته مثبت و منفی تقسیم شد. بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، بخش زیادی از پیامدهای اجرای مدیریت مشارکتی را پیامدهای مثبت شامل زیرمقوله‌های «تعالی سازمانی، تعالی فردی، مسئله‌یابی و حل آن» تشکیل داد. افزایش کیفیت در دستیابی به اهداف و بالا بردن بهره‌وری، سهولت انجام هماهنگی بیشتر، افزایش راندمان در کارها، کاهش هزینه و بهره‌وری و توسعه فرهنگ مشارکتی افزایش کیفیت خدمات، غالب شدن تفکر راهبردی در سازمان، تلاش بیشتر کارکنان برای رسیدن سازمان به اهدافش، پیگیر بودن کارکنان و تداوم اجرای برنامه مورد تفاهم، تنها بخشی از پیامدهای سازمانی اجرای طرح مدیریت مشارکتی می‌باشد که مصاحبه‌شوندگان به آن اذعان داشتند. ایجاد احساس احترام و

اعتماد به نفس در کارکنان، از پرتکرارترین کدهای مرتبط با این زیرمقوله بود.

از دیگر فواید و پیامدهای فردی مرتبط با اجرای طرح مدیریت مشارکتی، می‌توان به افزایش روحیه کار تیمی و مشارکت، ایجاد تعهد و رضایت شغلی، ایجاد روحیه همکاری و ایجاد تعهد کاری، ایجاد انگیزه لازم برای تلاش حداکثری کارکنان، توجه بخشیدن به نیاز کارکنان به مورد احترام واقع شدن، ایجاد حس مالکیت در افراد و افزایش همکاری آن‌ها از این طریق، به کارگیری حداکثر توان و همراهی، افزایش اثربخشی و رضایت کارکنان اشاره کرد. مسئله‌یابی و حل آن با استفاده از رویکرد مدیریت مشارکتی در مقایسه با مدیریت دستوری، تفاوت بسیاری با یکدیگر دارد. بنابراین، پیامدهای آن‌ها نیز بسیار با هم متفاوت است. از نظر مصاحبه‌شوندگان، در رویکرد مدیریت مشارکتی به یک مسئله از زوایای گوناگون پرداخته می‌شود و به دنبال آن، مشکلات با دید عمیق‌تر و دقیق‌تری موشکافی و حل خواهد شد. هماهنگی بیشتر در حل مسائل، ایجاد ظرفیت برای تحمل نارسایی‌ها و حل مشکلات، شناسایی بهتر مؤلفه‌های مسئله، تقسیم خطر تصمیم‌گیری بین همه، استفاده از نظرات مختلف در تصمیم‌گیری و برخورداری از مزایای تصمیم‌گیری جمعی نیز از دیگر پیامدهای مرتبط با مسئله‌یابی و حل آن می‌باشد. این نتایج با یافته‌های گزارش شده مطالعات Kohtamäki و همکاران (۳۳)، Elbanna و Fadol (۳۴) و معصومی و همکاران (۸) مطابقت داشت.

پیامدهای منفی مرتبط با اجرای رویکرد مدیریت مشارکتی، پیامدهایی هستند که اجرای مجدد آن را با تردید مواجه می‌سازند. این پیامدها تحت عنوان زیرمقوله «محدودیت‌های اجرایی» دسته‌بندی شدند. «مقاومت مدیران و عدم کنترل» زیرمقوله‌های شناسایی شده مرتبط با این مقوله بود. جدید بودن این شیوه برای کارکنان، عدم تجربه و مهارت کارکنان و مدیران برای اجرای این شیوه، دخالت کارکنان در همه امور، جلسات وقت‌گیر و ایجاد توقع در کارکنان، از جمله پیامدهایی بود که اجرای طرح مدیریت مشارکتی را با محدودیت مواجه می‌سازد. این زیرمقوله‌ها در تحقیقات معصومی و همکاران (۸) و رجایی و همکاران (۳۵) نیز

سیاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از کلیه مشارکت‌کنندگان و همکارانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با کد اخلاق IR.KMU.REC.1401.461، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان می‌باشد. به منظور رعایت اصول اخلاقی در انجام پژوهش، محققان از کلیه مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت نمودند و از محرمانه ماندن هویت مصاحبه‌شوندگان اطمینان حاصل کردند و پس از مطالعه فایل صوتی آن‌ها حذف شد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

گزارش شده است که نشان از همخوانی نتایج دارد. در نتیجه، چنانچه قصد اجرای مدیریت مشارکتی در راستای خط‌مشی‌های بهداشتی- درمانی وجود داشته باشد، باید ساز و کار مناسبی برای تدارک ضرورت‌های اجرایی و افزایش تمایل و توانایی استفاده از رویکرد مشارکتی فراهم گردد. همچنین، رفع موانع اجرایی و تعارض منافع در این زمینه کمک‌کننده خواهد بود.

نتیجه‌گیری

در راستای اجرای مدیریت مشارکتی در حوزه سلامت و توسعه فرهنگ آن با همکاری بهینه ذی‌نفعان مختلف در سازمان‌های بهداشتی است که بستر مناسبی برای استفاده از این نوع مدیریت و بسیج نیروها و منابع، فراهم و سبب بهره‌وری بیشتر می‌گردد. در گام بعدی، به نظر می‌رسد توسعه دانش و کسب مهارت‌های لازم جهت این مدیریت ضروری است. در نهایت، پایش عملکرد سیستم بهداشتی- درمانی و مقایسه برون‌دادهای آن با سایر انواع مدیریت و اقدام به‌موقع می‌تواند نقش مؤثری در به کارگیری مدیریت مشارکتی داشته باشد.

References:

- Demir T, Reddick CG. Understanding shared roles in policy and administration: An empirical study of council-manager relations. *Public Administration Review*. 2012;72(4):526-35. doi:10.1111/j.1540-6210.2011.02551.x.
- Hjern B, Porter DO. Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. In: Holzner B, Knorr KD, Strasser H. *Realizing Social Science Knowledge*. Institut für Höhere Studien — Institute for Advanced Studies IHS-Studies. Heidelberg, Germany: Physica, Heidelberg; 1983: 265-77. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-41492-7>.
- Peters BG. Implementation structures as institutions. *Public Policy and Administration*; 2014;29(2):131-44. doi: 10.1177/0952076713517733.
- Hupe P, Hill MJ. *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance*. London: SAGE Pub; 2021:1-100.
- Demir T, Nyhan RC. The politics-administration dichotomy: An empirical search for correspondence between theory and practice. *Public Administration Review*. 2008;68(1):81-96. doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00839.x.
- Hartlapp M. Regulating Social Policy in the EU and Mercosur: Patterns and Developments in Social Security and Related Areas. In: Bianculli AC, Hoffmann AR. *Regional Organizations and Social Policy in Europe and Latin America*. Palgrave Macmillan, London: Development, Justice and Citizenship Series; 2016. https://doi.org/10.1057/9781137490353_5.
- Sowa JE, Lu J. Policy and management: Considering public management and its relationship to policy studies. *Policy Studies Journal*. 2017;45(1):74-100. doi:10.1111/psj.12193.
- Maesoumi Z, Sanei M, Hematian H. A model for effective implementation of health policy in Iran. *Management Strategies in Health System*. 2019; 4(2): 125-35. doi: 10.18502/mshsj.v4i2.1408.
- Livani H, Farhadi Mahalli A, Matoufi A. Key Requirements Affecting the Implementation of Medical Tourism Policies in Gorleston Province. *Tourism Management Studies*. 2022;17(58):199-233. [In Persian]
- Sheikhabagloo Z, Teymounejad K, Abbaszade Sohroon Y. Development and validation of a stakeholder participation model in public policy-making in the Food and Drug Administration of the

- Ministry of Health Public Policy In Administration. Public Policy In Administration. 2022;12(4):47-57. [In Persian]
11. Raufirad V, Khalili R, Endress B, Bagheri S, Jafari M. Technology Factors Influencing People's Participation in Sustainable Natural Resources Management: A Case Study in Central Iran. *Journal of Agricultural Science and Technology*. 2017;19(6):1267-77.
12. Bagheri M, Mirdamadi SM, Hosseini SJF, Lashgarara F. Designing a structural model of participatory management for the development of sustainable urban green spaces. *Bulgarian Journal of Agricultural Science*. 2020;26(1):53-60.
13. Euler J, Heldt SJ. From information to participation and self-organization: Visions for European river basin management. *Sci Total Environ*. 2018 Apr 15;621:905-914. doi: 10.1016/j.scitotenv.2017.11.072. [PMID: 29223121]
14. Eby LT, Freeman DM, Rush MC, Lance CE. Motivational bases of affective organizational commitment: A partial test of an integrative theoretical model. 1999;72(4):463-83. doi: 10.1348/096317999166798.
15. Pierce JL, Rubenfeld SA, Morgan S. Employee ownership: A conceptual model of process and effects. *Academy of Management review*. 1991;16(1):121-44. doi: 10.2307/258609.
16. Petty MM, McGee GW, Cavender JW. A meta-analysis of the relationships between individual job satisfaction and individual performance. *Academy of management Review*. 1984;9(4):712-21.
17. McElvaney EJ. The benefits of promoting employee ownership incentives to improve employee satisfaction, company productivity and profitability. *Int Rev Bus Res Pap*. 2011;7(1):201-10.
18. Akel AM, Siegel JG, Journal OD. Participative management: Thoughts and prescriptions. *Leadership & Organization Development Journal*. 1988;9(5):4-5.
19. Kearney RC, Hays SW. Labor-Management Relations and Participative Decision Making: Toward a New Paradigm. In: Stupak L. *Handbook of Public Quality Management*. New York: Routledge; 2019:532-44.
20. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Housand Oaks, CA: Sage Pub; 2014.
21. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. Housand Oaks, CA: Sage Pub; 2006.
22. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Housand Oaks, CA: Sage Pub; 1994:105.
23. Kostka G. Barriers to the implementation of environmental policies at the local level in China. 2014; 7016. [cited 2014 Aug 8]. Available from: URL: http://aals1.s3.amazonaws.com/pdfs/link_036_025.pdf.
24. Ahmed IK, Dantata BS. Problems and Challenges of Policy Implementation for National Development. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2016; 6(15): 60-5.
25. Pressman JL, Wildavsky A. *Implementation*. Berkeley, CA: University of California Press; 1984.
26. jabarzadeh karbasi b, mazlumi n. Effect of Participatory strategic planning and strategic flexibility on the implementation of the strategy in small and medium industries %J Strategic Management Studies of National Defence Studies. 2019;9(34):241-13.
27. Asadi M, Hadi Peykani M, Rashidpur AJ. Presentation of an Effective Public Policy Implementation Model in the Ministry of Economic Affairs (Case Study: Islamic Republic of Iran Customs Administration). *Journal of Public Administration*. 2018;9(4):591-614. doi: 10.22059/JIPA.2018.252928.2221. [In Persian]
28. Bahadori Y, Salajeghe S, Mahdizadeh S, Nikpour A. Investigating the role of e-government in the implementation of quality oil export policies of the Ministry of Oil of the Islamic Republic of Iran By providing an optimal model. *Political Science Quarterly*. 2020;16(52):73-96. [In Persian]
29. Khodabakhshi N, Amini Sabeg Za-A, Hosseini MG, Sadeh E. The Construction and Personal Experience of Professors and Experts in Rural Cooperatives Policy on Successful Implementation of Rural Cooperative Policies in association with Resistance Economy. *Journal of Community Development (Rural and Urban Communities)*. 2018;9(1):121-44. doi: 10.22059/JRD.2018.65563. [In Persian]
30. Xiu L, Liang X, Chen Z, Xu W. Strategic flexibility, innovative HR practices, and firm performance: A moderated mediation model. *Personnel Review*. 2017; 46(7): 1335-57. doi: 10.1108/PR-09-2016-0252.
31. Zabet Poor H, Amin idokhti AA, Mohammad Rezaee A, Salehi Omran I. Studying Effective and Contextual Factors for Implementation Policies of Higher Education in Iran. *Journal of Iranian Higher Education*. 2018;10(2):21-46. [In Persian]
32. Khanifar H, Alvani SM, Haji Molla Mirzaee H. Designing Cultural Policy Implementation Model

- for Islamic Republic of Iran and Comparing It with Other Models. *Journal of Organizational Culture Management*. 2015;13(3):713-37. [In Persian]
33. Kohtamäki M, Kraus S, Mäkelä M, Rönkkö M. The role of personnel commitment to strategy implementation and organisational learning within the relationship between strategic planning and company performance. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*. 2012; 18(2): 159-78. doi: 10.1108/13552551211204201.
 34. Elbanna S, Fadol Y. An Analysis of the Comprehensive Implementation of Strategic Plans in Emerging Economies: The U nited A rab E mirates as a Case Study. *European Management Review*. 2016;13(2):75-89. doi:10.1111/emre.12068.
 35. Rajaei Z, Daneshfard K, Faghihi A. Policy Making in the Field of Administrative Integrity System. 2018;10(38):5-34. [In Persian]