

پژوهشی اصیل

تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران

با استفاده از مدل والت گیلسون

حدیث اشرفی‌زاده^۱، داریوش رخ‌افروز^۲، سمیرا بیرانوند^{۳*}

استادیار پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

مشخصات مقاله



تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹

چاپ: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

نویسنده مسول:

سمیرا بیرانوند، استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

ایمیل:

beiranvandsamira@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه مأموریت اصلی حوزه آموزش علوم پزشکی می‌باشد. بر این اساس برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی به عنوان سیاست‌های راهبردی حوزه آموزش در قالب ۱۱ بسته عملیاتی تدوین شده است. لذا این مطالعه با هدف تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی هدایت‌شده بود که با استفاده از مثلث والت و گیلسون انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه مرحله مروری بر متون، تحلیل اسناد، مدارک و مستندات سیاستی مربوطه و مصاحبه نیمه‌ساختارمند استفاده شد. همه منابع و متن مصاحبه‌ها در قالب مقوله‌های مربوط به ابعاد چارچوب مثلث سیاست‌گذاری کدگذاری و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس شرایط ورود تعداد ۱۵ مقاله و ۷۳ سند جهت تحلیل در پژوهش حاضر انتخاب شدند. با توجه به تحلیل انجام شده، ۲۴۸ مفهوم استخراج شد که با ادغام مفاهیم مشترک، ۷۳ زیرطبقه فرعی، ۱۱ زیرطبقه اصلی و ۳ طبقه اصلی شناسایی شد. طبقات اصلی شامل الزامات تحقق، قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری و مدیریت زیرساخت‌ها بود.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه تحول و نوآوری در حوزه آموزش نظام سلامت مستلزم توجه به عوامل سیاسی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی و بین‌المللی و نیز مشکلات موجود می‌باشد. همچنین اجرای مطلوب این برنامه مشارکت ذینفعان درون و برون سازمانی در مراحل سیاست‌گذاری، اجرا و ارزشیابی را می‌طلبد.

واژگان کلیدی: آموزش، طرح تحول آموزش، نظام سلامت، مدل تحلیل سیاستی والت و گیلسون

مقدمه

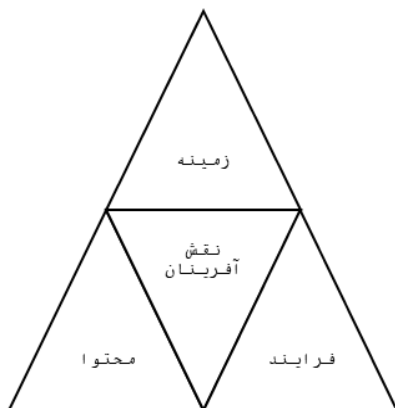
تحقق یک نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اثربخش، در دسترس، پایدار و با کیفیت، بسیار وابسته به وضعیت نظام آموزش علوم پزشکی و کیفیت تربیت منابع انسانی آن، می‌باشد (۱). نظام آموزش عالی سلامت در ایران به واسطه ادغام در نظام ارائه خدمات، ساختار منحصر به فردی دارد که در طول سال‌های گذشته با چالش‌هایی مواجه بوده است (۲). همراه با این چالش‌ها، قرارگرفتن در محیطی با ویژگی‌های رشد سریع علم، سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، تغییر بافت جمعیتی کشور و ظهور فناوری‌های جدید و پیشرفته، شرایط بخش آموزش علوم پزشکی را دوچندان پیچیده نموده است. وجود چنین شرایطی ورود نظام آموزش عالی سلامت ایران را به اصلاحات ناگزیر کرده است و اصلاحات این بخش به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت ایران دنبال می‌شود (۱).

برنامه تحول و نوآوری آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران از گام‌های طرح تحول نظام سلامت است که در سال ۱۳۹۵ و به دنبال

آمایش آموزش عالی، دوازده بسته (۱۱ بسته‌ی عملیاتی و یک برنامه‌ی پیش بسته‌های تحولی) را به عنوان مبنای تحول و توسعه آموزشی قرار داد (۳) که البته تدوین بسته‌های عملیاتی پایان کار نبوده، تحقق اهداف و سیاست‌های کلان از طریق پیاده‌سازی بسته‌ها، درگرو ترجمان بسته‌های عملیاتی در قالب پروژه‌ها و اقدامات روشن است (۴). احمدی و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان موفقیت اجرای برنامه‌های تحول در حوزه مدیریت راهبردی پرداخته شد و میزان تحقق برنامه‌های تحول در آن حوزه ۵۸ درصد و نتایج کلی نشان‌دهنده‌ی تحقق نسبی اهداف تحول در دستگاه‌های اجرایی و فاصله زیاد تا رسیدن به نظامی مطلوب بوده است (۵) و از طرفی نتایج برخی از مطالعات بیانگر شکست برنامه‌های تحول و تغییر است (۶ و ۷).

از آنجا که چرخه سیاست‌گذاری تنها به مراحل تدوین و اجرای برنامه محدود نبوده و یکی از مواردی که در واقع تضمین‌کننده اجرای صحیح سیاست‌های سازمانی است، ارزیابی منظم و متناسب برنامه‌ها است،

ممکن است سیاست گذاری سلامت را تحت تاثیر قرار دهد. "فرایند" نیز به تمامی اقدامات و فعالیت های انجام شده طی اجرای سیاست اشاره می کند (۱۱). (شکل ۱)



شکل ۱: چارچوب مفهومی پژوهش مدل تحلیل سیاستی
والت و گیلسون

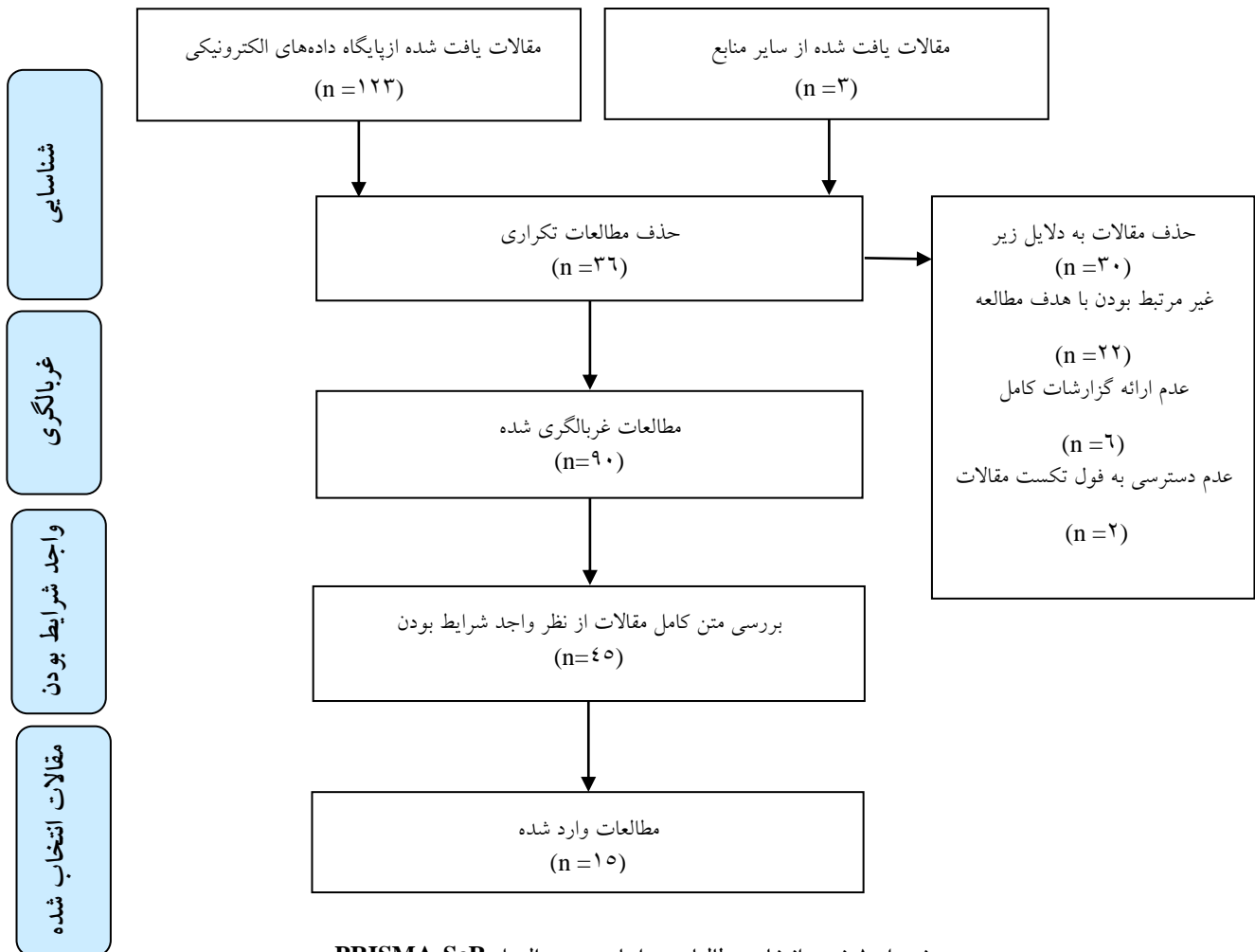
روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی است که از آبان ماه ۱۴۰۰ تا فروردین ماه ۱۴۰۱ به روش تحلیل محتوای کیفی هدایت شده و به منظور تحلیل سیاست گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران انجام شد. جامعه و نمونه پژوهش شامل مقالات مرتبط، اسناد بالادستی، صورت جلسات، قوانین، مقررات، آیین نامه ها، بخش نامه ها، دستورالعمل ها، مصوبات، برنامه ها، گزارش ها، مقالات، اخبار، بیانیه نشست ها و سخنرانی هایی است که در حوزه طرح تحول در آموزش عالی سلامت منتشر شده است. برای جمع آوری داده ها از منابع مختلف و افراد مطلع، گام های زیر طی شد. ابتدا مرور متون، با هدف یافتن تمام اسناد و مدارک و مطالعات انجام شده در خصوص طرح تحول آموزش در نظام سلامت با انجام جستجوی نظام مند در پایگاه های الکترونیکی داخلی از جمله Health Barakatks, SID, Magiran و پایگاه های الکترونیکی خارجی از جمله ISI, Scopus, PubMed, Google Scholar با استفاده از کلید واژه های "آموزش"، "طرح تحول آموزش"، "نظام سلامت ایران"، "تحول و نوآوری"، "سیاست گذاری"، "آموزش پزشکی" و "ارزشیابی" همچنین کلید واژه های انگلیسی "education"، "Iranian health"، "Education Transformation Plan"، "Reform and Innovation"، "Medical Education"، "Policy Making" و "Evaluation" در بازه زمانی ۱۴۰۱-۱۳۹۰ انجام شد. جهت اطمینان از جامعیت جستجوی انجام شده، جستجوی دستی در تعدادی مجلات آموزشی فارسی نیز انجام شد. پس از مرور عنوان و چکیده مقالات به دست آمده، موارد غیرمرتبط حذف گردید و سپس متن کامل مقالات باقی مانده مطالعه شد. در مرحله استخراج داده

در مرحله تدوین بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی برنامه پایش و ارزیابی این برنامه ها نیز تدوین گردید و ارزیابی بسته ها همزمان با اجرای آن از دیدگاه های مختلف انجام شده است (۸). با توجه به چارچوب های مفهومی ارزیابی برنامه های تحول در آموزش نظام سلامت، و نیز با توجه به این نکته که بیشتر مطالعات به ارزیابی نتایج و بررسی مشکلات اجرایی فرایند پرداخته و کمتر بررسی و تحلیل فرایند سیاست گذاری را هدف قرار داده اند، به نظر می رسد بخشی از ارزیابی باید به تحلیل سیاست این طرح و واکاوی مبتنی بر شواهد آن از منظر سیاست گذاری معطوف گردد. تحلیل سیاست این امکان را به دست می دهد که تعاریف مشکل، چگونگی تدوین و اجرای سیاست، چگونگی تخصیص منابع، و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست گذاری به طور دقیق بررسی شوند. یکی از مدل های تحلیل سیاست گذاری، مدل تحلیل سیاستی والت و گیلسون است. این الگو به ویژه برای تحلیل سیاست گذاری در بخش سلامت نام برده شده و همگان را به تحلیل جامع سیاست های سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه فرا می خواند؛ جایی که به نظر می رسد علی رغم عملکرد ضعیف بخش سلامت و شکست بسیاری از اصلاحات سیاستی تحلیل سیاست ها مورد غفلت واقع شده است (۹).

بدیهی است با مشخص شدن هرچه بیشتر ماهیت موضوع و تحلیل رویکرد کشور به طرح و نقد برنامه های گذشته، می توان گام هایی اساسی در سیاست گذاری و تدوین برنامه ها و اقدامات مناسب آینده جهت تسریع در حل مشکلات حوزه آموزش سلامت کشور برداشت. علاوه بر این تحلیل اسناد موجود و ضابطه مندی آن مطابق با برنامه های تحول سبب ایجاد زبان مشترک برای ذینفعان و آماده شدن بستر مناسب برای عملیاتی شدن اسناد بالادستی و اجرای مداخلات لازم برای ارتقای شاخص های ارزیابی می گردد (۱۰). لذا این مطالعه با هدف تحلیل سیاست گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران با استفاده از مدل والت گیلسون انجام شده است.

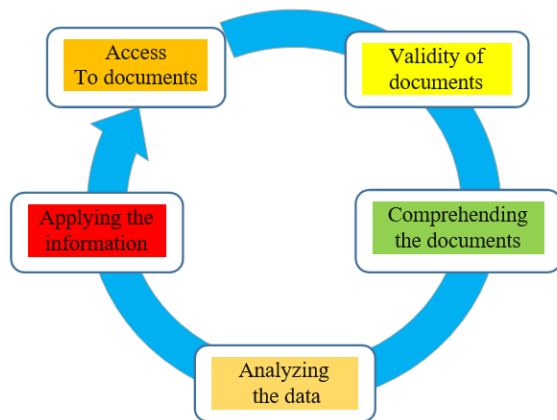
چارچوب مفهومی پژوهش: به منظور تحلیل سیاست گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران از مدل مثلث والت و گیلسون استفاده شد. مثلث تحلیل سیاست دارای سه بعد فرآیند، محتوا و زمینه بوده و نقش آفرینان (بازیگران) در مرکز این چارچوب قرار دارند. این مدل نشان می دهد که چگونه چهار بعد یاد شده در شکل دهی و اجرای یک سیاست با یکدیگر در تعامل می باشند. "نقش آفرینان" مجموعه ای از افراد گروه ها و سازمان ها هستند که در فرایند اجرا دخیل هستند و از آن تاثیر می پذیرند. "محتوا" به مجموعه ای از اهداف و اقدامات برنامه ریزی شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می رساند. "زمینه" به مجموعه ای از عوامل نظام مند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و بین المللی اشاره دارد که



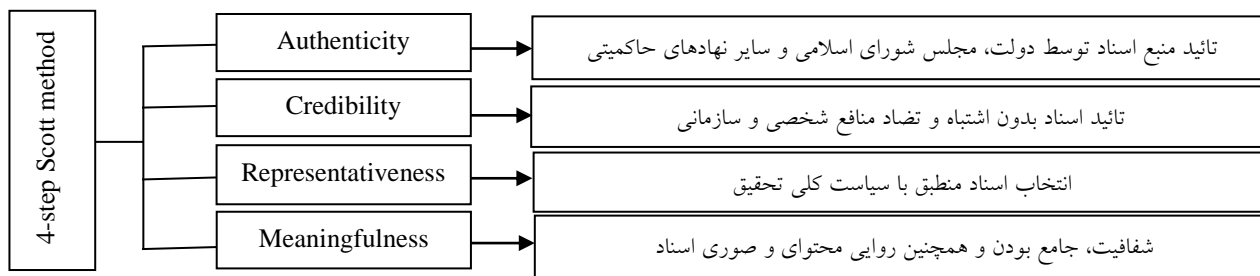
نمودار ۱: نحوه انتخاب مطالعات بر اساس دستورالعمل PRISMA-ScR

آمده توسط ۳ نفر از افراد مطلع در این زمینه و دو نفر از کسانی که در تدوین و اجرای سیاست نقش داشته اند، مورد ارزیابی بیشتر قرار گرفت. این مرحله به منظور نقد و تکمیل یافته‌هایی که طی دو مرحله قبل استخراج شده بودند، به کار رفتند. از افراد مطلع خواسته شد، در صورتی که مطلبی از قلم افتاده و نیاز به اضافه شدن به یافته‌های مطالعه دارد، مطرح نمایند. در گام بعدی درک و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده ماتریس غیر تحمیلی (Unconstrained Matrix) بر اساس مطالعه الو و کینگهاس (Elo & Kyngäs) در سال ۲۰۰۸ (۱۴) بر اساس چارچوب مثلث سیاست گذاری والت و گیلسون (۹) انجام شد. واحد تحلیل در این بخش از پژوهش جملات بودند. ابتدا برای رسیدن به یک درک کلی، متن هر سند به صورت کامل مطالعه شده و سپس هر جمله به عنوان یک واحد معنایی در نظر گرفته شد.

در گام بعدی اسناد، مدارک و مستندات سیاستی مربوط به طرح تحول در حوزه آموزش شامل اسناد بالادستی، صورت جلسات، قوانین، مقررات، آیین نامه‌ها، بخش نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، مصوبات، برنامه‌ها، گزارش‌ها، مقالات، اخبار، بیانیه نشست‌ها و سخنرانی‌ها از طریق مرور منابع، مطالعات و گزارش‌های منتشر شده داخلی و نیز مصاحبه با مطلعین کلیدی شناسایی و جمع آوری شد. این اسناد با مراجعه به مراکز، نهادها و سازمان‌های مربوطه جمع آوری، داده‌های آن‌ها پس از ارزیابی اعتبار، استخراج گردید. فرآیند جمع آوری و تحلیل داده‌ها بر اساس معیارهای کریپندورف (۱۲) انجام شد (تصویر شماره ۱). بر اساس این فرآیند در مرحله اول اسناد مورد نظر مورد مطالعه دقیق قرار گرفت. در مرحله دوم اعتبارسنجی اسناد جمع‌آوری شده با استفاده از معیارهای چهارگانه اسکات (۱۳) انجام شد (تصویر شماره ۲). در این راستا اسناد به دست



شکل ۲. معیار تحلیل اسناد کریپتورف



شکل ۳. معیارهای چهارگانه اعتبارسنجی اسناد اسکات

همچنین در تمام مراحل پژوهش به منظور تضمین صحت و قابلیت اعتماد و افزایش استحکام داده‌ها از چهار شاخص اعتبار (Credibility)، اعتماد (Dependability)، تاییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba) (۱۹۸۵) استفاده شد (۱۵).

برای هر جمله یک مفهوم استخراج شد و سپس مفاهیم بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان با هم مقایسه شده و به زیرطبقه‌هایی دسته بندی شدند. در مرحله بعد از تجمیع زیرطبقات، طبقات اصلی به دست آمدند. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها در جدول ۱ آورده شده است. علاوه بر این نمونه‌ای از روند تحلیل داده‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱: فرایند تجزیه و تحلیل داده های کیفی بر اساس روش الو کینگاس

مرحله آماده سازی	انتخاب واحد تحلیل	بعد از تبدیل مصاحبه ها به فرمت متنی، محتوی آشکار (همان متن مصاحبه ها) و محتوی پنهان (رفتار غیر کلامی مشارکت کنندگان) تحلیل و واحدهای معنایی مشخص شدند.
مرحله سازماندهی	یافتن ارتباط منطقی داده ها با کلیت موضوع	به منظور درگیری مداوم و طولانی مدت با داده ها، متن مصاحبه برای بدست آوردن درک کلی چندین بار توسط محقق خوانده شد.
	ایجاد ماتریس تحلیلی	فرایند، زمینه، محتوا و نقش آفرینان به عنوان طبقات اصلی در ماتریس غیر تحمیلی قرار گرفتند.
	استخراج داده ها از محتوا بر اساس طبقات	طبقات اصلی بر اساس ارتباط مفهومی و منطقی با دیگر طبقات شکل گرفت و در نهایت طبقات بر اساس چارچوب پژوهش مشخص شدند.
مرحله گزارش دهی	گروه بندی	تعداد کدها با ادغام کدهای مشابه بر اساس تفاوت ها و شباهت هایشان در کدهای کلی تر کاهش یافت.
	طبقه بندی	گروه های تشکیل شده بر اساس تفاوت ها و شباهت هایشان (ادغام گروه های مشابه و تشکیل طبقات) طبقه بندی شدند.
مرحله گزارش دهی	انتزاع کردن	طبقات آشکار شده در طبقات اصلی و اولیه موجود در ماتریس تحلیلی جای گذاری شدند.
	فرآیند نمونه گیری، ویژگی های مشارکت کنندگان، جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها، و یکایک طبقات اصلی با جزئیات در قسمت یافته ها گزارش شدند.	

جدول ۲: نمونه ای تحلیل داده ها

طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیر طبقه فرعی	نقل قول
قانون گذاری و سیاست گذاری	عملکرد مشارکتی	لزوم همکاری بین رشته ای ارتباط بین بخشی	فرایند نظام آموزشی نیازمند توسعه روابط و همکاری های چندجانبه با سازمان ها، نهادها و مجامع دولتی و خصوصی می باشد. به عبارتی استاندارد کردن فرایندهای سازمان ارائه دهنده خدمات آموزشی و هر سازمانی منوط به تقویت روابط سازمان و تعاملات اون با دیگر بخش هاست. (اسناد ۲-۵-۷)

یافته ها

با توجه به اهداف مطالعه و بر اساس شرایط ورود تعداد ۱۵ مقاله و ۷۳ سند جهت تحلیل در پژوهش حاضر انتخاب شدند. در مجموع با توجه به تحلیل انجام شده، ۲۴۸ مفهوم استخراج شد که با ادغام مفاهیم مشترک، ۷۳ زیرطبقه فرعی، ۱۱ زیرطبقه اصلی و ۳ طبقه اصلی شناسایی شد

(جدول ۳). طبقات اصلی شامل الزامات تحقق، قانون گذاری و سیاست گذاری و مدیریت زیرساخت ها بود. در ادامه با توجه به محتوی اسناد، به بیان نقش عمده ی بازیگران در اجرای طرح تحول آموزش پرداخته شده است.

جدول ۳: طبقات، زیرطبقات اصلی و فرعی استخراج شده

طبقات	زیرطبقات اصلی	زیر طبقات فرعی
		قوانین و اسناد بالادستی اولویت طرح از دیدگاه حاکمیت حمایت مقامات سیاسی
	پیشران های سیاسی -حاکمیتی	نیاز به شبکه سازی و تمرکززدایی در نظام آموزش عالی سلامت وظیفه تولید و بومی سازی شواهد معتبر علمی (آموزش پژوهی) نقش مهم حوزه آموزش در کنار بهداشت و درمان تحقق آموزش پاسخگو و عدالت محور وظیفه تأمین و تربیت نیروی انسانی تحقق پوشش همگانی سلامت
الزامات تحقق	پیشران های اقتصادی-اجتماعی	تنگناهای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی کاهش ارزش پول ملی جهش تورمی تحریم های مختلف هزینه های سلامت پوشش ناکافی بیمه نگرانی های عمومی جامعه کیفیت نامطلوب خدمات سلامت مطالبات جامعه تغییر بافت و هرم جمعیتی کشور تغییرات اساسی در چهره بیماری های کشور افزایش بار بیماری های غیرواگیر ظهور فناوری های نوین و پیشرفته تشخیصی و درمانی
	پیشران های بین المللی	اهداف و برنامه های جهانی تدوین شده توسط سازمان های بین المللی حضور در عرصه های آموزشی منطقه ای و جهانی رشد سریع علم ظهور فناوری های نوین و بهره مندی از آن سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه تجربه موفق برخی کشورها در اجرای اصلاحات نظام سلامت چشم انداز کسب مرجعیت علمی در حوزه علوم سلامت در منطقه ورود به عرصه دانشگاههای هزاره سوم

پیشران های ساختاری	وجود کارگروه ها، شوراهای کمیته های تخصصی درون و برون سازمانی ساختار منحصر به فرد نظام آموزش عالی سلامت ایران ادغام آموزش عالی سلامت در نظام آرایه خدمات	وجود ساختارهای رسمی و مشخص برای سیاست گذاری
تولیت	پراکندگی و گستردگی مراکز تصمیم گیرنده ضعف در نظام تصمیم گیری انحصارطلبی بخش های مختلف تصمیم گیرنده نیاز به هماهنگی کننده واحد	
عملکرد مشارکتی	موازی سازی کارهای مختلف تصمیم گیرنده با یکدیگر ناهماهنگی نظام آموزش با نظام آرایه خدمات بهداشتی - درمانی لزوم همکاری بین رشته ای ارتباط بین بخشی نامناسب	وجود سازمان های موازی
قانون گذاری و سیاست گذاری	عدم توجه به زیرساخت های نظام سلامت عدم کفایت سازمان های اجرایی نقص در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد عدم شفافیت کامل برنامه های ابلاغ شده جابجایی مدیران و تغییر و تحولات ناشی از آن	کمبود نیروی انسانی
نظارت و پایش	عدم شفافیت شاخص های نشانگر سطح کیفیت آموزش علوم پزشکی مشخص نبودن نتیجه و برون ده فعالیت های انجام شده مشخص نبودن مسئولیت ها، نقش ها، حدود وظایف و اختیارات هر بخش فراهم نمودن زمینه اعتباربخشی ضعف پایش و ارزشیابی سیاست ها و برنامه های مصوب ضعف قوانین و مقررات نظارتی	برنامه ریزی مشخص
بستر سازی	تدوین سیاست های اجرایی اصلاح قوانین و مقررات نیاز به تعریف برخی مجوزها مشخص کردن حدود اختیارات مشخص کردن استانداردها ایجاد ساختارهای ضروری	
مدیریت منابع	لزوم برآورد هزینه ها تعیین بودجه مورد نیاز ثبات در تامین منابع مالی تأمین امکانات فیزیکی تأمین منابع انسانی	
مدیریت زیرساخت ها	آگاه سازی ذی نفعان مشارکت ذی نفعان فرهنگ سازمانی نیاز به حمایت مدنی جلب مشارکت نهادهای درون و برون سازمانی پژوهش مستندسازی و اطلاع رسانی	
ظرفیت سازی در جامعه		

۱- الزامات تحقق:

الزامات تحقق در این مطالعه به عوامل زمینه‌ای که بر فرایند آموزش به طور مستقیم و غیر مستقیم تأثیرگذارند، تأکید دارد. این طبقه از ۴ زیر طبقه فرعی شامل پیشران‌های اقتصادی اجتماعی، پیشران‌های سیاسی حاکمیتی، پیشران‌های بین المللی و پیشران‌های ساختاری تشکیل شده است.

۱-۱ پیشران‌های اقتصادی- اجتماعی: بر اساس شواهد موجود تگنهای مالی، وضعیت نامطلوب اقتصادی بخش‌های مختلف کشور، وجود تحریم‌های مختلف، کاهش ارزش پول ملی به عنوان عوامل اقتصادی اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های سلامت به مطالبات جامعه، باورهای نادرست و فرهنگ تخصص‌گرایی اشاره دارند.

۱-۲ پیشران‌های سیاسی- حاکمیتی: ملاحظات دولت، پاسخ‌گویی به نیازها و تقاضای جامعه، وجود سیستم یکپارچه در فرآیند تصمیم‌گیری، تعامل مناسب میان برنامه‌های کلان آموزش عالی و سیستم‌های اقتصادی- اجتماعی، مدیریت و رهبری همه‌جانبه‌نگر، اعتبارات و منابع مالی دولتی و استقلال دانشگاهی از جمله عواملی هستند که بیشترین بسامد و تأثیر را نسبت به سایر عوامل در توسعه دانشگاهی دارند.

۱-۳ پیشران‌های بین المللی: تعهدات بین‌المللی، که توسط نهادهای حاکمیتی بین‌المللی تدوین شده و پایبندی به آنها از جمله تعهدات کشورها به شمار می‌آید، اثرات چشمگیری بر سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش دارد.

۱-۴ پیشران‌های ساختاری: یکی از چالش‌های اصلی بدنه سیاست‌گذاری تحول آموزش که پس از مطالعه اسناد در این بعد شناسایی شده است؛ حاکم بودن دیدگاه دولتی صرف در فرایند سیاست‌گذاری و مشارکت ندادن بخش غیردولتی است.

۲- قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری

این طبقه از سه زیر طبقه تولید، عملکرد مشارکتی، برنامه‌ریزی مشخص و نظارت پایش تشکیل شده است.

۲-۱ تولید: این زیر طبقه به شناسایی، اولویت‌گذاری، توانمندسازی قوانین اجرایی، ارائه دستورالعمل‌ها و راهبردها برای همه دست‌اندرکاران، خط مشی‌های بین بخشی، پذیرش مسئولیت، پاسخگویی کلان و ارزیابی عملکرد در بالاترین سطح است.

۲-۲ عملکرد مشارکتی: این زیر طبقه به وجود مسیرهای گوناگون در هماهنگی فعالیت‌ها و برنامه‌های نظام آموزشی اشاره داشته است که نیازمند توسعه روابط و همکاری‌های چندجانبه با سازمان‌ها، نهادها و مجامع دولتی و خصوصی می‌باشد.

۲-۳ برنامه‌ریزی مشخص: با توجه به عدم شفافیت کامل برنامه‌های وزارت بهداشت، تغییرات مکرر در ساختارها، برنامه‌ها و وجود برنامه‌های متعدد نیاز به یک برنامه‌ریزی مشخص ضروری می‌باشد.

۲-۴ نظارت پایش: نیاز به بررسی نتیجه و برون‌ده فعالیت‌های انجام شده، وضع قوانین و مقررات و شاخص‌های لازم، رایه گزارش پیشرفت کار و بازخورد از جمله مواردی است که نیاز به توجه بیش از پیش دارد.

۳- مدیریت زیرساخت‌ها

این طبقه از سه زیر طبقه بسترسازی، مدیریت منابع و ظرفیت‌سازی در جامعه تشکیل شده است.

۳-۱ بسترسازی: بسترسازی شامل سیاست‌گذاری بهینه و فراهم آوردن پیش‌نیازهای قانونی، ساختاری و مالی می‌باشد. در این راستا داشتن سیاست‌های ملی ضروری است. با توجه به ساختار نظام آموزش عالی ایران، تدوین سیاست‌های اجرایی، اصلاح قوانین و مقررات، مشخص کردن حدود اختیارات و استانداردها با ایجاد ساختارهای ضروری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شروع و به سطوح پایین‌تر ابلاغ می‌شود.

۳-۲ مدیریت منابع: لزوم برآورد هزینه‌ها، تعیین بودجه مورد نیاز، ثبات در تأمین منابع مالی، تأمین امکانات فیزیکی و تأمین منابع انسانی از جمله موارد بسیار مهمی است که نیازمند توجه بیش از پیش دارند.

۳-۳ ظرفیت‌سازی در جامعه: شروع تدریجی ظرفیت در جامعه از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های آگاه‌سازی عمومی، توسعه پژوهش، آگاه‌سازی و مشارکت ذینفعان، توجه به فرهنگ سازمانی باز، نیاز به حمایت مدنی، جلب مشارکت نهادهای درون و برون سازمانی و مستندسازی و اطلاع‌رسانی امکان‌پذیر است که منجر به از بین بردن برخی از رفتارهای غیر منطقی، تغییر نگرش و اصلاح باورهای نادرست خواهد شد.

بحث

این مطالعه با هدف تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران با استفاده از مدل والت گیلسون انجام شد. در تحلیل اسناد و بسته‌های طرح تحول و نوآوری آموزش یافته‌های بدست آمده به ۳ مقوله اصلی شامل الزامات تحقق، قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری و مدیریت زیرساخت‌ها طبقه‌بندی شده‌اند.

نخستین طبقه اصلی مطالعه حاضر الزامات تحقق، متشکل از پیشران‌های اقتصادی اجتماعی، پیشران‌های سیاسی حاکمیتی، پیشران‌های بین المللی و پیشران‌های ساختاری بود که به تأثیرگذاری شرایط زمینه‌ای بر سیاست‌گذاری، اجرا و ارزشیابی طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران اشاره دارند.

بر اساس نتایج به دست آمده پیشران‌های سیاسی حاکمیتی یکی از عوامل زمینه‌ای مؤثر در این بعد است. از نظر سیاسی گفته می‌شود که در جهان امروز "آموزش بعد چهارم سیاست خارجی است". همکاری

آموزشی به منزله نوعی سرمایه‌گذاری برای آینده روابط دیپلماتیک میان ملت‌ها محسوب می‌شود. از آنجا که اغلب نخبگان سیاسی از میان دانشگاهیان برگزیده می‌شوند، گسترش اعطای بورس‌های بین‌المللی و پذیرش دانشجویان خارجی به منزله نوعی معرفی فرهنگ و جامعه خود به رهبران سیاسی و مدیران ارشد آینده کشورهای جهان است (۱۶). نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد یکی از عوامل مهم در آینده رشته آموزش پزشکی عوامل سیاسی است که سیاست‌های پذیرش دانشجویان از جمله این عوامل است. در ادامه توضیح می‌دهد که تخمینی از تعداد دانشجویان و فارغ‌التحصیلان و وضعیت شغلی آنها در دسترس نیست (۱۷). طبق نظر Al-Sawai و همکاران، برنامه‌ریزی نیروی کار به عنوان یکی از نقش‌های مهم برنامه‌ریزان سلامت در نظر گرفته می‌شود (۱۸). سیاست‌گذاران همچنین نقش حیاتی در تعیین قوانین، سیاست‌ها و تغییر نگرش نسبت به رشته ایفا می‌کنند. نبود بازار کار خصوصی یکی از دغدغه‌های فارغ‌التحصیلان برای آینده رشته است.

Walter and Craig معتقدند که دانشگاه‌ها نقش اساسی در حل مشکلات بازار کار و صنعت دارند. آنها می‌توانند با ایجاد تغییرات در برنامه‌های درسی و افزودن دروس عملی شاگردان را شایستگی بیشتری بخشند (۱۹). این در حالی است که نتایج یک مطالعه انجام شده در چین نشان می‌دهد سیاست‌های اصلاحی نظام آموزشی چین چالش‌هایی از قبیل گسترش سریع تعداد دانشجویان بدون جذب متناسب اعضای هیأت علمی، نگرانی در مورد کاهش کیفیت آموزشی، محتوای برنامه درسی منسوخ، عدم توجه به حرفه‌گرایی اخلاقی به دلیل آموزش فنی محدود و پذیرش فزاینده دانشجویانی که پزشکی را به عنوان اولین انتخاب شغلی خود بیان نکرده‌اند، به دنبال داشته است (۲۰). یکی دیگر از مسائل سیاسی اولویت دادن درمان و تحقیق بر آموزش است. یکی از دلایل کاهش اولویت آموزش، مادی‌گرایی است که نه تنها در درمان، بلکه در پذیرش دانشجویان نیز مؤثر است (۱۷). نمونه آن را می‌توان در دوره‌های آموزش مجازی پزشکی یافت Johnson در نظر داشت که هزینه‌های آموزش مجازی شامل هزینه‌های تولید محتوای آموزشی، تدریس اساتید، ارزشیابی و سایر هزینه‌های ضروری می‌شود. از سوی دیگر، دوره‌های مجازی ممکن است تأثیر مثبتی داشته باشد و حتی منجر به کاهش هزینه‌های آموزشی شود (۲۱). بنابراین می‌توان گفت این دسته از عوامل می‌توانند به تنهایی بر تدوین و اجرای سیاست‌های سلامت تأثیر داشته، پایداری و استمرار آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار بدهد که در تجربه‌های اصلاحات سلامت کشورهای مختلف گزارش شده است (۹ و ۲۲).

پیشران‌های اقتصادی اجتماعی نیز از دیگر عوامل زمینه‌ای مؤثر بر برنامه تحول در آموزش سلامت می‌باشند. گزارش‌ها نشان می‌دهد تغییرات اقتصادی و به دنبال آن اجتماعی کشورها، به طور معنی‌داری با آغاز و یا

پایان تدوین و اجرای سیاست‌های مهم اصلاحی نظام سلامت همراه است (۲۳). نقش تأمین بودجه مناسب برای اجرایی شدن یک طرح بر کسی پوشیده نیست و محدودیت بودجه منجر به طراحی ناقص چرخه خط‌مشی‌گذاری و اتخاذ تصمیمات کوتاه‌مدت می‌شود. با توجه به عدم توجه دولت‌ها به آموزش عالی و در اولویت قرار نگرفتن آن، عملاً طرفداران محکمی را نیز در سازمان برنامه و بودجه نداشته، امکان رخداد نگاه متحولانه و افزایش قابل توجه بودجه را نمی‌توان داشت (۱۶). فقیهی و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که وضعیت اقتصادی کشور یکی از عوامل مورد توجه شرکت‌کنندگان بود. بحران‌هایی مانند تحریم‌ها باعث کاهش استفاده از مرخصی ساباتیک (Sabbatical) و ارتباطات بین‌المللی در همه رشته‌ها از جمله آموزش پزشکی شده است Vincent-Lancrin (۱۷) نیز در یک مطالعه روندهای مؤثر بر آموزش عالی را بررسی کردند که این روندها شامل مسائل اقتصادی، تأمین مالی، اهمیت بازار و حاکمیت آن بود (۲۴). علاوه بر این حرکت به سمت دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم یکی از دغدغه‌های جدید همه مدیران، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و جامعه دانشگاهی است که نیازمند مناسبات اقتصادی است. بر اساس گزارش اتحادیه اروپا، کارآفرینی هنوز در برنامه درسی و موسسات آموزشی و دانشگاه‌ها ادغام نشده است. بنابراین، استفاده از روش‌های یادگیری و آموزش تعاملی مبتنی بر تجربه و همکاری چندرشته‌ای در تربیت افراد ماهر و کارآفرین ضروری است (۱۸). لذا سیاست‌گذاران در آموزش عالی باید استراتژی‌ها و راهبردهایی ارائه نمایند تا اهداف اقتصاد مقاومتی که باعث خودکفایی و خوداتکایی کشور در تمامی زمینه‌ها می‌گردد، برنامه‌ریزی شود.

بر اساس نتایج به دست آمده در حوزه اجتماعی، مهم‌ترین عاملی که موجب ایجاد تغییرات اساسی در کارکردهای آموزش عالی شده است، مقوله تقاضای اجتماعی برای آموزش است که حاصل مجموع تقاضاهای افراد برای آموزش است که موجب تغییرات عمده در سیاست‌گذاری‌های آموزشی شده است (۲۵). نتایج مطالعه‌ای توسط شورای انجمن‌های مدیریت آموزش عالی آمریکا و کانادا با هدف شناسایی نیروهای محرکه که بر آینده آموزش عالی در ۱۰ سال آینده تأثیر می‌گذارند، به تغییر ویژگی‌های جمعیت شناختی دانشجویان به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های پیشران‌های اجتماعی اشاره می‌کند (۲۶). لذا یکی از تأثیرگذارترین سازمان‌های امروزی در کشورهای درحال توسعه دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی هستند. به این ترتیب، رسالت دانشگاه‌ها، فراسو علم و پژوهش صرف درون‌دانشگاهی، در جهت خدمت به جامعه سوق داده شد و نقش دانشگاه‌ها از تک‌نقشی و تک‌نهادی به چند نقشی و چند نهادی یعنی نقش آموزشی، پژوهشی، خدماتی، انتشاراتی و رشد حرفه‌ای تکامل یافته است (۲۷).

شامل سیاست‌های مرتبط، خروجی‌های مورد انتظار و موضوع بسته است. نتایج مطالعه خزاعی و همکاران نشان می‌دهد، اگر سیاست‌گذاران و مدیران نظام آموزش سلامت و مؤسسات دانشگاهی کشور خواهان ایجاد تحول در عرصه فعالیت‌های پژوهشی آموزشی و فرایند تولیدات علمی آموزش پزشکی به عنوان یک حوزه مهم علمی می‌باشند، در بعد ساختاری و اداری دانشگاه‌ها باید بازبینی و اصلاح تسهیل ضوابط اداری، آیین‌نامه‌های پژوهشی و مورد عنایت قرار دادن ماهیت خاص پژوهش در آموزش، پیچیده و چند وجهی بودن آموزش پزشکی مورد تاکید قرار گیرد. همچنین موانع اداری دست و پاگیر و حضور اساتید را در عرصه پژوهش‌گری آموزشی تسهیل و زمینه‌های کاری، حرفه‌ای و انگیزشی قوی تری برای ترویج و بهبود فعالیت‌های پژوهش در آموزش اساتید فراهم نمایند (۳۴).

دومین طبقه منتج شده از یافته‌های مطالعه حاضر طبقه قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری بود که از چهار زیر طبقه تولید، عملکرد مشارکتی، برنامه‌ریزی مشخص و نظارت و پایش تشکیل شده است. در نظام سلامت ایران، تولید طراحی، مسئولیت و پاسخگویی طرح تحول آموزش از بین تمامی بازیگران در بالاترین سطح، بر عهده وزارت بهداشت می‌باشد که به نیابت از دولت این وظیفه را بر عهده دارد. تولید نظام آموزش ایران بر اساس ساختار منسجم و متمرکز آن، بیانگر لزوم توجه به تمامی نهادهای ارائه‌دهنده است. بازیگرانی که در درون و بیرون از دولت تعریف می‌شوند، نقش مهمی در اجرای سیاست‌های مربوطه دارند. در این میان توجه به موضوع مشارکت و همکاری‌های بین‌رشته‌ای و چندرشته‌ای در توفیق و استمرار برنامه‌های اصلاحاتی کلان بسیار حائز اهمیت است. پیشنهاد الگوی والت و گیلسون، افزایش ارتباطات درون و برون بخشی و افزایش مشارکت نقش‌آفرینان در جهت افزایش آگاهی و مشارکت جامعه به منظور دسترسی به خدمات می‌باشد (۹). برنامه ریزی زیرمجموعه بعدی طبقه سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری است. اولین مرحله از بعد فرایند سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و دستورگذاری است. در این مرحله از فرایند سیاست‌گذاری، عوامل مرتبط با موضوع یا مشکل بر اساس توصیه کارشناسان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتیجه این فعالیت‌ها دستیابی به گزینه‌ها و راه‌حل‌های مورد نظر برای رفع مشکل بود که منجر به اطلاع‌رسانی، تدوین سیاست‌های آموزشی با در نظر گرفتن همه جوانب مشکل شد. تدوین سیاست‌های آموزشی از جمله فرآیندهایی هستند که می‌توان به کمک آنها از منابع و امکانات کشور، بهره بهتری برد و نظام آموزشی را کارآمد کرد. برنامه‌ریزی آموزشی باید درباره مطلوب‌ترین اقدام برای توسعه نظام آموزشی، پیشاپیش تصمیم‌گیری کند Mintzberg و همکاران (۳۵)، Altbach و همکاران به تفکر برنامه‌ریزی و به ضرورت وجود برنامه توسعه به عنوان فرآیند ارایه

یکی دیگر از موارد موثر در شکل‌گیری برنامه تحول در آموزش سلامت، پیشران‌های بین‌المللی بودند. تعهدات بین‌المللی، که توسط نهادهای حاکمیتی بین‌المللی تدوین شده و پایبندی به آنها ازجمله تعهدات کشورها به شمار می‌آید، که اثرات چشمگیری بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت دارد Altbach و همکاران بین‌المللی سازی را راهبردها و نوآوری‌های خاص کشورها، مؤسسات علمی در جهت همگرایی با روندهای جهانی بیان کرده است که شامل راهبردهایی برای جلب دانشجویان بین‌المللی، همکاری‌های علمی بین دانشگاهی و تأسیس شعبات دانشگاهی برون‌مرزی است (۲۸).

Hatlye & Morphew بعد از تجزیه و تحلیل ۱۴۲ دانشگاه دولتی ایالت متحده به این نتیجه رسیدند که اهمیت بین‌المللی‌سازی باید در بیانیته‌ها، مأموریت‌ها و رسالت‌های دانشگاهی لحاظ شود و ساختار سازمانی، انگیزشی و ارتباطی برای برقراری ارتباطات بین‌المللی فراهم شود Shimmy & Yonezava (۲۹) بسترهای تاریخی، شرایط فعلی دانشگاه‌ها، برنامه‌های دولتی برای بین‌المللی‌سازی و ارتقای حضور در شرایط جهانی را از چالش‌های تحول دانشگاه‌ها برای بین‌المللی‌سازی بیان کرده اند (۳۰). لذا برای بین‌المللی‌سازی دانشگاه‌های علوم پزشکی لازم است کانال‌های ارتباطی با دانشگاه‌های معتبر جهان ارتباط برقرار شود، تبادلات علمی و اطلاعاتی با انجمن‌های بین‌المللی به صورت مستمر فراهم شود و از ایده‌های جدید در این زمینه استقبال شود.

به عنوان آخرین زیرطبقه از عوامل زمینه‌ای مؤثر، بر ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش، منابع و امکانات موجود به عنوان عوامل مهم در طراحی و اجرایی کردن خدمات اشاره دارد. معاونت آموزشی وزارت بهداشت شامل کلیه سازمان‌ها، نهادها و افراد ارائه‌دهنده خدمات آموزشی می‌باشد که عمدتاً از دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل می‌گردد. تشکیل کارگروه‌های مرتبط با سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش و فعالیت مداوم آنها نقش مهمی در تدوین سیاست تحول با بهره‌گیری از پشتوانه تعهد سیاسی داشت (۳۱، ۳۲). علاوه بر این ساختارهای سیاست‌گذاری، یک چارچوب منظم و هدایت کننده را ایجاد می‌کند که به وسیله آن فعالیت‌های سازمان، برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل می‌شوند. ساختار، وظایف و مسئولیت‌ها، نقش‌ها، روابط کاری و کانال‌های ارتباطی را در طرح مربوطه تعریف می‌کند (۳۳). مهمترین نقاط قوت روش تدوین برنامه‌ی تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی توجه ویژه به اسناد بالادستی حوزه‌ی سلامت ایران، ارتباط متقابل میان سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلی برنامه‌ی جامع و بسته‌های عملیاتی و تدوین ترجمان سیاست‌های دوازده‌گانه در برنامه‌ی تحول نظام سلامت می‌باشد (۴). همچنین محتوای بسته‌های طرح تحول آموزش شامل جزئیات واقعی سیاست‌ها و همچنین اجزای ساختاری سیاست‌گذاری‌ها است. هر بسته تکاملی

استقرار دانشگاه، ایجاد تعامل و ارتباط میان برنامه‌های کلان آموزش عالی و سیستم‌های اقتصادی اجتماعی، استقلال دانشگاهی و امکان‌سنجی ظرفیت‌های توسعه دانشگاهی جزء الزامات و شرایط توسعه دانشگاهی و در واقع تسهیل‌گر این فرآیند معرفی شده‌اند (۴۲).

Grauwe عوامل مؤثر در توسعه ظرفیت سازمانی را شامل منابع انسانی، منابع مالی، منابع فیزیکی، زیرساخت‌ها، مدیریت و رهبری دانسته است (۴۳). طی دو دهه گذشته در کشور ما نیز این روند دنبال شده و دانشگاه‌های کشور در این مدت از رشد کمی چشمگیری برخوردار شده‌اند و به دلیل کمبود نیروی انسانی متخصص در برهه‌ای از زمان، دانشگاه‌های متعددی بدون توجه به نیازهای درازمدت جامعه و امکانات، سطح کمی و کیفی آنها تاسیس و گسترش یافته‌اند و دانشگاه‌های با سابقه نیز ظرفیت خود را به‌طور نامتناسب افزایش داده‌اند (۴۴). در این بخش از الگو پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ریزی‌های لازم به منظور تامین منابع مالی، انسانی و تجهیزات مورد نیاز صورت گیرد.

مفهوم توسعه ظرفیت جامعه به ویژه در زمینه مدیریت آموزش عالی نسبتاً جدید است. توسعه ظرفیت جامعه فرآیندی برای توسعه توانایی افراد، گروه‌ها و مؤسسات برای مقابله با چالش‌های توسعه‌ای خود و حرکت به سمت چشم‌انداز از طریق مدیریت کارآمد منابع و اجرای مؤثر اقدامات است. **Chaskin** و همکاران (۴۵) و **Naal** و همکاران از ظرفیت‌سازی جامعه در تحلیل **Neighbourhood Family Initiatives (NFIs)** استفاده کردند (۴۶، ۴۷). یک مطالعه با هدف اینکه چگونه دانشگاه‌های کشورهای در حال توسعه می‌توانند ظرفیت‌های جوامع را از طریق آموزش عالی توسعه دهند، ارائه بدهند، انجام داده‌اند و چارچوبی برای توسعه ظرفیت جامعه در زمینه مدیریت آموزش عالی پیشنهاد کرده‌اند که محورهای اصلی آن شامل ویژگی‌های اساسی ظرفیت جامعه، آژانس‌های اجتماعی، کارکردهای ظرفیت جامعه، توانمندسازها، چالش‌ها، استراتژی‌ها و نتایج بودند (۱۳). در این میان می‌توان به ارائه راهبردهای موضوعی و برنامه درسی آموزشی، راهبردهای انگیزشی کارکنان، راهبردهای مشارکت جامعه، دانشجویان و استراتژی‌های تدوین‌شده برای ارائه امکانات اجتماعی و زیرساخت از جمله عوامل مؤثر است (۱۳).

محدودیت‌های پژوهش

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی به اسناد و مدارک بود زیرا مکان مشخصی برای دسترسی به اسناد در وبسایت‌ها وجود نداشت. با این حال، تجزیه و تحلیل اسناد می‌تواند فعالیت‌های انجام شده و برنامه‌های آینده در زمینه تحول آموزش در نظام سلامت ایران را نشان دهد. بنابراین، سیاست‌گذاران و مدیران می‌توانند دیدگاه کلی در این زمینه در کشور را درک کنند.

خدمات و راهنمایی تأکید نموده‌اند (۱، ۳۶). فقیهی و همکاران (۲۰۲۰) اشاره می‌کنند که پاسخگویی اجتماعی موضوع دیگری است که نقش مهمی در آینده رشته‌ها دارد. سپس توضیح می‌دهند برنامه درسی رشته‌ها باید پاسخگویی نیازهای جامعه باشد. مطالعات مختلفی در مورد عدم پاسخگویی برنامه‌های درسی آموزشی و ناتوانی آنها در تربیت فارغ‌التحصیلان شایسته انجام شده است (۱۷). از جمله مطالعه بررسی مهارت‌های پزشکان فارغ‌التحصیل در بریتانیا، که در آن تنها ۴ درصد از فارغ‌التحصیلان با مناسب بودن برنامه‌های درسی برای ایجاد پزشکان شایسته موافق بودند و درصد زیادی (۴۰٪) مخالف بودند **Chin** و همکاران (۳۷)، نقشه راه را مفیدترین ابزار برای سازمان‌ها، سیاست‌گذاران و محققان برای ارائه خدمات باکیفیت می‌دانند (۳۸). لذا نقش اسناد و برنامه‌های سطح بالا برای تحول نظام آموزشی و تأثیر آنها بر آینده این رشته را نباید نادیده گرفته شوند.

همچنین یکی از جنبه‌های مهم در فرآیند سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت کشور، نظارت، پایش و ارزشیابی این طرح است. عدم توجه به لزوم ارزیابی برنامه‌های کلان آموزشی در نظام سلامت، یکی از چالش‌های رایج کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین در حوزه سیاست‌گذاری سلامت است (۳۹). با این حال پایش و ارزشیابی بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در مراحل مختلف انجام شده و در ارزیابی این بسته‌ها، ترکیبی از الگوهای علمی مورد استفاده قرار گرفته است. مرحله‌ای که در این خصوص طی شده است شامل تشکیل کمیته‌های ارزیابی فرآیند و خروجی محور، تدوین شاخص‌ها برای پایش و ارزیابی، طراحی سامانه آتنا می‌باشد (۴۰). از بهمن ماه ۱۳۹۴ دو مرحله ارزیابی در زمینه آموزش پزشکی اجرا شد. به منظور برنامه‌ریزی برای ارزیابی خروجی محور این بسته‌ها، شاخص‌های رصد و ارزیابی بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی بر مبنای خروجی‌های مورد انتظار هر بسته تدوین شد. این شاخص‌ها در نشست با حضور صاحب‌نظران ستادی و دانشگاهی مورد بازبینی قرار گرفت و ویرایش اولیه آن نیز با رویکرد تخصصی در هر بسته توسط کارگروه‌های بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی بررسی شد. همچنین این شاخص‌ها جهت اظهار نظر به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارسال و با اعمال نظرات و ویرایش نهایی آن آماده شد (۴).

در نهایت طبقه سوم، مدیریت زیرساخت‌ها بود که از سه زیر طبقه بسترسازی، مدیریت منابع و ظرفیت‌سازی در جامعه تشکیل شده است. **Hussin** و همکاران (۲۰۰۹) در دانشگاه‌های مالزی به چند عامل اصلی مانند برنامه‌های توسعه راهبردی، بودجه دولتی، تأمین زیر ساخت‌ها و تسهیلات، اعطای اختیارات بیشتر در توسعه به دانشگاه‌ها اشاره داشته‌اند (۴۱). در مطالعه دیگری تمهیدات زیر ساختی، وضعیت جغرافیایی محل

نتیجه گیری

اجرای برنامه تحول و نوآوری در حوزه آموزش نظام سلامت مستلزم توجه به عوامل سیاسی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی و بین المللی و نیز مشکلات موجود می باشد. همچنین اجرای مطلوب این برنامه مشارکت ذینفعان درون و برون سازمانی در مراحل سیاست گذاری، اجرا و ارزشیابی را می طلبد. برای اجرای موفق برنامه تحول و نوآوری، ضرورت دارد، تدابیر لازم برای اتخاذ سیاست های حمایتی در قسمت های مختلف دانشگاه و جلب مشارکت کلیه کارکنان و تشویق و ترغیب آنان به انجام کارگروهی، تفویض اختیارات و اعطای استقلال عمل به آنها و تبدیل گفتمان تحول و نوآوری به زبان مشترک در دانشگاه و فضاهای آموزشی با سازوکارهایی چون بازنگری ساختار و ارتباطات، برگزاری دوره های مختلف آموزشی، برنامه های انگیزشی و بازنگری در مدیریت و رهبری فرایندهای آموزشی جهت انسجام بخشی در اجرای بهتر این برنامه صورت پذیرد. علاوه بر آن، برای دستیابی به تحولات، بایستی همه سطوح تغییر و توسعه اعم از اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، بین المللی، قانون گذاری و حتی فرهنگی را نیز مورد توجه قرار قرار داد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر مصوب کمیته اخلاق در پژوهش (IR.NASRME.REC.1400.422) مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر) به شماره ۹۸۴۹۲۱ است. پس از دریافت معرفی نامه و مراجعه به محیط های مرتبط با هدف پژوهش از تمام شرکت کنندگان در پژوهش رضایت کتبی و شفاهی گرفته شد و به آن ها در خصوص محرمانه بودن داده های خود در طول مطالعه، انتشار یافته ها و حق انصراف از مطالعه اطمینان داده شد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد و منافعی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر مصوب کمیته اخلاق در پژوهش (IR.NASRME.REC.1400.422) مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر) به شماره ۹۸۴۹۲۱ است. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از این مرکز و تمامی افرادی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، اعلام می دارند.

مشارکت نویسندگان

اشرفی زاده، رخ افروز، بیرانوند در طراحی ایده و تهیه پروپوزال نقش داشتند. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها توسط اشرفی زاده و بیرانوند انجام شده است. هر سه پژوهشگر در تفسیر داده ها، تهیه، آماده سازی و تایید نهایی مقاله قبل از ارسال به مجله مشارکت داشته اند.

منابع

1. Smith R. Strategic planning for public relations. Routledge. Edition t, editor. New York; 2020. p. 658; [https://doi.org/10.4324/9781003024071]
2. Biglar M, Bastani P. The Challenges Of Stewardship In Medical Education System: A Qualitative Approach. Payavard Salamat. 2013;7(4):299 - 311. (Persian) [https://www.magiran.com/paper/1178319?lang=en]
3. Karimian Z, Farokhi M. Eight Steps In The Development Of Virtual Education In Educational Innovation Plan In Medical Sciences Universitie, A Review Of An Experience. Journal Medicine Culture. 2018; 27(2): 101-112. (Persian) [http://www.tebvatazkiye.ir/article_69001_en.html]
4. Pourabbasi A, Haghdoost A, Akbari H, Kheiry Z, Dehnavieh R, Noorihkemat S, et al. Packages for reform and innovation in medical education in Islamic Republic of Iran; a conceptual framework. Journal of Medicine and Cultivation. 2017;26(1):45-50. (Persian) [http://www.tebvatazkiye.ir/article_52322_6417.html?lang=en]
5. Ahmadi F, Shafizadeh H, Mosavi S. Investigation change plans realize measure in the administration system with emphasize on index strategic management. Strategic Management Researches. 2014; 20(54): 117-134. (Persian) [https://smr.journals.iau.ir/article_519258.html]
6. Kotter J, Schlesinger L. Choosing strategies for change. Readings in strategic management. 1989;1(1):294-306. [https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=45328]
7. Schneider B, Brief A, Guzzo R. Creating a climate and culture for sustainable organizational change. Organizational dynamics. 1996;24(4):7-19.
8. Iran Mohamei. Action report of medical sciences universities in Innovation and Reform for Packages of Field. 2016; (Persian) . Available from: [https://karaj.iau.ir/file/download/page/1635236833-1535447482-book-tahavol.pdf]
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning. 1994;9(4):353-370. [https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353]
10. Abbasi M, Akrami F. Assessment of the Current Status and Presentation of the Ideal Status by which to Render Healthcare Services Based on Islamic Principles and Values. Iranian journal of culture and health promotion 2018; 2(1):76-90. (Persian) . [http://ijhp.ir/article-1-53-fa.html]
11. Fadlallah R, El-Jardali F, Nomier M, Hemadi N, Arif K, Langlois E, et al. Using narratives to impact health policy-making: a systematic review. Health research policy and systems. 2019;17(26):1-22. [https://doi.org/10.1186/s12961-019-0423-4]

12. Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. Sage publications. 2018;1(5-10). [<https://us.sagepub.com/en-us/nam/content-analysis/book258450>]
13. Kitawi Alfred K. Community capacity development in universities: Empowering communities through education management programmes in Strathmore University (a pilot study). Contemporary Issues in Education Research (CIER). 2014;7(2):75-94. [<https://doi.org/10.19030/cier.v7i2.8477>]
14. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008;62(1):107-115. [<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>]
15. GubaEgon G, Lincoln Yvonna S. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass; 1981. [<https://psycnet.apa.org/record/1992-97542-000>]
16. Kanwal F, Rehman M. Factors affecting e-learning adoption in developing countries—empirical evidence from Pakistan’s higher education sector. IEEE Access. 2018;9(5):10968-10978. [<https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/7945517>]
17. Faghihi A, Hoseini Moghadam M, Yamani N. Analysis of the Key Factors Affecting the Future of Medical Education Discipline in 2025 Based on STEPV Model: A Qualitative Study. Advances in Medical Education and Practice. 2020;11:191-201. [<https://doi.org/10.2147/AMEP.S241747>]
18. Al-Sawai A, Al-Shishtawy Moeness M. Health Workforce Planning: An overview and suggested approach in Oman. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2015;15(1):e27-e33. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318602/>]
19. Walter O. Preparing the engineering technology graduate for the global marketplace. The Technology Interface Journal. 2010;10(3):1-6. [https://ijme.us/cd_08/PDF/198%20ENT%20208.pdf]
20. Hou J, Michaud C, Li Z, Dong Z, Sun B, Zhang J, et al. Transformation of the education of health professionals in China: progress and challenges. The Lancet. 2014;384(9945):819-827. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61307-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61307-6)]
21. Johnson K. Doctoral Dissertations. Journal of Real Estate Literature. 2020;13(1):83-88. [<https://doi.org/10.1080/10835547.2005.12090152>]
22. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo E, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. The Lancet. 2016;387(10020):811-816. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)]
23. Do N, Oh J, Lee J-S. Moving toward universal coverage of health insurance in Vietnam: barriers, facilitating factors, and lessons from Korea. Journal of Korean medical science. 2014;29(7):919-925. [<https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.7.919>]
24. Vincent-Lancrin S. Building future scenarios for universities and higher education. Policy Futures in Education. 2004;2(2):245-263. [<https://doi.org/10.2304/pfie.2004.2.2.3>]
25. Zamani A, Pouratashi M. An Analysis on the Trend of Social Demand for Studying in “Higher Education” Academic Major. Quarterly of Social Studies and Research in Iran. 2020;9(2):343-371. (Persian) . [https://jisr.ut.ac.ir/article_76922.html?lang=en]
26. Canada AoFoMo. The Future of Medical Education in Canada (FMED): a collective vision for MD education 2010–2015: Ottawa, Ontario: Association of Faculties of Medicine of Canada; 2015. Available from: [https://www.afmc.ca/sites/default/files/pdf/2015-FMED-MD_EN.pdf]
27. Brown P, Scase R. Higher education and corporate realities: Class, culture and the decline of graduate careers. Routledge; 2005. p. 286; [<https://doi.org/10.4324/9780203980262>]
28. Altbach P. Perspectives on Internationalizing Higher Education. International Higher Education. 2015;1(27):6-9. [<https://doi.org/10.6017/ihe.2002.27.6975>]
29. Morphew C, Hartley M. Mission statements: A thematic analysis of rhetoric across institutional type. The Journal of Higher Education. 2006;77(3):456-471. [<https://doi.org/10.1080/00221546.2006.11778934>]
30. Yonezawa A, Shimmi Y. Transformation of university governance through internationalization: Challenges for top universities and government policies in Japan. Matching visibility and performance: Brill; 2016. p. 101-118. [<https://brill.com/view/book/edcoll/9789463007733/BP000007.xml>]
31. Ofori-Atta A, Read U, Lund C. A situation analysis of mental health services and legislation in Ghana: challenges for transformation. African Journal of Psychiatry. 2010;13(2):99-108. [<https://hdl.handle.net/10520/EJC72794>]
32. Onoka CA, Hanson K, Hanefeld J. Towards universal coverage: a policy analysis of the development of the National Health Insurance Scheme in Nigeria. Health policy and planning. 2015;30(9):1105-1117. [<https://doi.org/10.1093/heapol/czu116>]
33. Zheng D. Research on the evaluation model of educational management theory based on data mining from the perspective of neural network. Wireless Communications and Mobile Computing. 2021;2021(Special Issue (ID 7260806)):1-10. [<https://doi.org/10.1155/2021/7260806>]
34. Mohammadi Y, Khazaei L. Investigating the Role of University Structural and Management Factors in Increasing Education-Oriented Research Projects from Faculty Members Point of View. Development Strategies in Medical Education. 2016;3(2):75-83. (Persian) . [<http://dsme.hums.ac.ir/article-1-117-en.html>]
35. Talebi B, Seyed Nazari N, Soodi H. Presentation perceptual policy making model of education in Iran. Rahyaft. 2017;27(65):113-129. (Persian) . [https://rahyaft.nrisp.ac.ir/article_13618.html?lang=en]
36. Levchenko O, Levchenko A, Horpynchenko O, Tsarenko I. The impact of higher education on national economic and social development: comparative analysis. Journal of Applied Economic Sciences. 2017; 3(49): 850-862. [<http://dspace.kntu.kr.ua/jspui/handle/123456789/7154>]
37. Moercke AM, Eika B. What are the clinical skills levels of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. Medical education. 2002;36(5):472-478. [<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01208.x>]
38. Chin MH, Clarke AR, Nocon RS, Casey AA, Goddu AP, Keesecker NM, et al. A roadmap and best practices for organizations to reduce racial and ethnic disparities in health care. Journal of general internal medicine. 2012;27(8):992-

1000. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403142/]
39. Wagstaff A, Cotlear D, Eozenou P, Buisman L. Measuring progress towards universal health coverage. *Oxford Review of Economic Policy*. 2016;32(1):147-189. [https://doi.org/10.1093/oxrep/grv019]
40. Pourabbasi A, Haghdoost A, Fasihi Harandi M, Dehghani M, Halavati I, Akbari H, et al. Monitoring and Evaluation of Packages for Reform and Innovation in Medical Education; Methodology and preliminary results. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2018;27(1):1-8. (Persian) . [http://www.tebvatazkiye.ir/article_64881.html?lang=en]
41. Hussin S, Asimiran S. University governance and developmental autonomy. *Proceeding of International Conference on Islam and Higher Education*; 2010. [https://iais.org.my/attach/ppts/Sufean%20Hussin%20-%20Univ%20gov%20and%20autonomy.pdf]
42. Samari E, Yamandooi sorkhabi M, Salehi Omran E, Geraienejad G. Investigation and identification of effective factors in the process of "university development" in Iranian public universities. *Bi-Quarterly Journal of Educational Planning Studies*. 2014; 2(4): 67-100. [http://eps.journals.umz.ac.ir/article_760_cdbdf554ce28887e93fdcc4ae6a398d7.pdf]
43. DeGrauwe A. Without capacity, there is no development. UNESCO, International Institute for Educational Planning Paris; 2009. p. 154; [https://inee.org/resources/without-capacity-there-no-development]
44. Dabbagh R, Javaherian L. Productivity of educational units in Iran's comprehensive public universities. *Quarterly journal of research and planning in higher education* 2016;22(2):99-123. (Persian) . [http://journal.irphe.ac.ir/article-1-2956-en.html]
45. Hammond C. Dynamics of higher education research collaboration and regional integration in Northeast Asia: a study of the A3 Foresight Program. *Higher Education*. 2019;78(4):653-658. [http://doi.org/10.1007/s10734-019-00363-xAuthors]
46. Chaskin Robert J. Building community capacity: A definitional framework and case studies from a comprehensive community initiative. *Urban affairs review*. 2001; 36(3): 291-323. [https://doi.org/10.1177/10780870122184876]
47. Naal H, El Koussa M, El Hamouch M, Hneiny L, Saleh S. A systematic review of global health capacity building initiatives in low-to middle-income countries in the Middle East and North Africa region. *Globalization and health*. 2020;16(1):1-16. [https://doi.org/10.1186/s12992-020-00585-0]

Hadis Ashrafizadeh, Dariush Rokhafroz, Samira Beiranvand. Policy analysis of education transformation plan in iran's health system using walt gilson model. *J Med Educ Dev*. 2022; 15(46): 8-20.