DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 1, Spring

Received: 10.01.2025 Accepted: 09.03.2025 Published: 04.04.2026

Identification and Prioritization of Actors and Stakeholders in the Treatment of Retinopathy of Prematurity in Iran: The Beginning of a Transformation

Maryam Mollabagher[1], Alireza Hassanzadeh[2], Mohammad Mehdi Sepehri[3], Abbas Habibelahi[4], Abolghasem Sarabadani[5]

Original Article

Abstract

Background: The presence of different actors and stakeholders with different interests and expectations in project implementation is one of the issues that presents project managers with serious challenges in managing stakeholders properly. This study was conducted to identify and prioritize the actors and stakeholders in the field of treating retinopathy of prematurity (ROP), as well as to learn about the level of commitment and effectiveness of the stakeholders in treating this disease.

Methods: The present study was conducted in a descriptive-comparative manner and based on the 8-step model of stakeholder analysis using "Kammi Schmeer" method in 4 implementation stages, with initial identification of stakeholders through library studies, open interviews, and then through the distribution of an electronic questionnaire with purposive and convenience sampling among 54 experts in the treatment process in Iran. The data were analyzed using SPSS software.

Findings: The implementation of the research led to the identification of 4 groups of main stakeholders including health management and policymaking, support and implementation, medical service providers, infants and parents, and 23 subgroups in all treatment stages. Further, the level of commitment to creating change and the effectiveness of each of the four groups were investigated. Finally, strategies were presented to advance research goals in the treatment of this disease.

Conclusion: The wide diversity of stakeholders reflects the complexities of the treatment process for ROP in Iran. It also highlights the need for collaboration and partnership as a critical step in designing a national care framework for the various stages of screening, identification, and treatment of this disease.

Keywords: Retinopathy of prematurity; Stakeholder; Health policy; Neonatal care; Kammi Schmeer; Screening; Diagnosis

Citation: Mollabagher M, Hassanzadeh A, Sepehri MM, Habibelahi A, Sarabadani A. **Identification and Prioritization of Actors and Stakeholders in the Treatment of Retinopathy of Prematurity in Iran: The Beginning of a Transformation.** J Health Syst Res 2026; 22(1): 165-76.

1- PhD, Department of Information Technology Management, School of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Information Technology Management, School of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Health Systems Engineering, School of Industrial and Systems Engineering, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Assistant Professor, Department of Information Technology Management, School of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohammad Mehdi Sepehri; Professor, Department of Health Systems Engineering, School of Industrial and Systems Engineering, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran; Email: mehdi.sepehri@modares.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658 Published by Vesnu Publications

شناسایی و اولویت‌بندی نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان در درمان بیماری شبکیه نوزادان نارس در ایران: آغازی برای یک تحول

مریم ملاباقر[۱]، علیرضا حسن‌زاده[۲]، محمد مهدی سپهری[۳]، عباس حبیب‌الهی[۴]، ابوالقاسم سرآبادانی[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: حضور نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان مختلف با علایق گوناگون و انتظارات متفاوت در اجرای پروژه‌ها، از جمله مسایلی است که مدیران پروژه را در مدیریت صحیح ذی‌نفعان با چالش جدی روبه‌رو می‌سازد. پژوهش حاضر به منظور شناسایی و اولویت‌بندی نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان در حوزه درمان بیماری شبکیه نوزادان نارس (ROP یا Retinopathy of prematurity) و همچنین، آشنایی با میزان تعهد و تأثیرگذاری آنان در درمان این بیماری انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی- تطبیقی و بر اساس مدل ۸ مرحله‌ای تحلیل ذی‌نفعان Kammi Schmeer طی ۴ مرحله اجرایی، با شناسایی اولیه ذی‌نفعان با مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه باز و پس از آن از طریق انتشار پرسش‌نامه الکترونیکی با نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس بین ۵۴ خبره در فرایند درمانی در سراسر کشور انجام گردید. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: اجرای تحقیق منجر به شناسایی ۴ گروه از ذی‌نفعان اصلی مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، پشتیبانی و اجرایی، ارایه دهندگان خدمات درمانی، نوزاد و والدین و ۲۳ زیرگروه در کلیه مراحل درمانی گردید. در ادامه، میزان تعهد به ایجاد تغییرات و تأثیرگذاری هر یک از گروه‌های چهارگانه مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، راهکارهایی به منظور پیشبرد اهداف پژوهشی در درمان این بیماری ارایه گردید.

نتیجه‌گیری: طیف وسیع و تنوع ذی‌نفعان، نشان دهنده پیچیدگی‌های فرایند درمان ROP در ایران است. این موضوع نیاز به همکاری و مشارکت را به عنوان یک اقدام حیاتی به منظور طراحی چارچوب نظام ملی مراقبتی برای انجام مراحل مختلف غربالگری، شناسایی و درمان این بیماری برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: بیماری شبکیه نوزادان نارس؛ ذی‌نفعان؛ سیاست سلامت؛ مراقبت از نوزادان؛ Kammi Schmeer؛ غربالگری؛ تشخیص

ارجاع: ملاباقر مریم، حسن‌زاده علیرضا، سپهری محمد مهدی، حبیب‌الهی عباس، سرآبادانی ابوالقاسم. **شناسایی و اولویت‌بندی نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان در درمان بیماری شبکیه نوزادان نارس در ایران: آغازی برای یک تحول.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۱): ۱۷۶-۱۶۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۱/۱۵

مقدمه

ماهیت حساس ارایه خدمات درمانی از یک سو و تفکر پزشکان که تا چند سال پیش اطمینان داشتند آنان تنها ذی‌نفعانی هستند که می‌توانند در مورد کیفیت در خدمات سلامت اظهار نظر کنند، انجام برخی پژوهش‌ها را در این حوزه دشوار نموده است، اما آنچه مسلم است این که تمام صاحبان فرایند در عرصه ارایه خدمات، ذی‌نفع به شمار می‌روند (۱).

نوآوری برای حل مشکلات، مستلزم کار با همان افرادی است که مشکل بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این‌ها افرادی هستند که مشکل را به بهترین شکل درک می‌کنند؛ در واقع راه‌حل‌ها باید برای آن‌ها کارساز باشد. این افراد دانش مهمی در مورد منابع محلی یا موانع احتمالی موفقیت دارند. انجام تحلیل ذی‌نفعان در مرحله برنامه‌ریزی، می‌تواند بر توسعه راهکارها تأثیر بسزایی داشته باشد. باید این نکته را مد نظر داشت که تحلیل مناسب و شناسایی درست ذی‌نفعان، کمک می‌کند که بتوان آن‌ها را به شیوه مناسب و مؤثری در انجام پروژه مشارکت داد (۲). مدیریت ذی‌نفعان در حوزه سلامت، یکی از دریچه‌های مهم جهت ورود به این حوزه در سطح کشور می‌باشد که کمتر به آن پرداخته شده است (۳). شناخت روزافزون در میان مدیران سلامت، سیاست‌گذاران، جستجوگران و سرمایه‌گذاران از اهمیت مشارکت ذی‌نفعان در توسعه و اجرای سیاست‌های سلامت پرده برمی‌دارد (۴). باید در نظر داشت که حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چند وجهی و پیچیده است و به منظور ارتقای آن، باید به تمامی ابعاد آن از جمله توسعه مدیریت ذی‌نفعان توجه نمود (۵).

۱- دکتری تخصصی، گروه مدیریت فن‌آوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲- استاد، گروه مدیریت فن‌آوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳- استاد، گروه مهندسی سیستم‌های سلامت، دانشکده مهندسی صنایع و سیستم‌ها، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۴- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- استادیار، گروه مدیریت فن‌آوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمد مهدی سپهری؛ استاد، گروه مهندسی سیستم‌های سلامت، دانشکده مهندسی صنایع و سیستم‌ها، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
Email: mehdi.sepehri@modares.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

در این میان، توجه به بیماری‌های نوزادان با توجه به سیاست‌های جمعیتی کشور از اهمیت بسیاری برخوردار است. نظام‌های مراقبت سلامت فراگیر می‌توانند هزینه‌ها را کاهش و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشند و از بروز پیامدهای روانی، اجتماعی، آموزشی و اقتصادی جلوگیری نمایند (۶).

با افزایش بقای نوزادان نارس در جهان، بیماری شبکیه نوزادان نارس (Retinopathy of prematurity یا ROP) که اولین بار در دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ ظهور کرد، به علت اصلی نابینایی قابل پیشگیری در دوران کودکی تبدیل شد (۷). ROP یک بیماری عروق خونی شبکیه و یکی از دلایل مهم اختلال بینایی و حتی نابینایی غیر قابل برگشت در نوزادان نارس می‌باشد (۸). این در حالی است که طبق اعلام سرپرست اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۱، ۱۱۴۰۴۶۴ نوزاد در کل کشور متولد شده‌اند و در این میان، ۱۲۷۰۹۴ تعداد نوزاد نارس وجود دارد. این بیماری به طور عمده در نوزادان نارس با وزن کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) و سن حاملگی ناکافی (کمتر از ۳۰ هفته) رخ می‌دهد (۹). تشخیص و درمان زودهنگام برای جلوگیری از کاهش بینایی در این نوزدان امری حیاتی است. به همین منظور، برنامه‌های غربالگری برای ROP به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان اجرا می‌شود (۱۰)، اما در چین و بسیاری دیگر از نقاط جهان در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه به دلیل کمبود منابع و تجهیزات پزشکی در برخی مناطق دورافتاده، این مشکل همچنان پابرجاست و دلیل اصلی آن، نبود تعداد کافی چشم‌پزشک با دانش تخصصی و تجربه لازم برای غربالگری است (۱۱).

Freeman برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ اصطلاح ذی‌نفعان را به عنوان هر گروه یا فردی تعریف کرد که می‌تواند بر اهداف سازمان تأثیر بگذارد یا تحت تأثیر آن قرار گیرد. این اصطلاح برای اولین بار در مدیریت کسب و کار معرفی شد و هدف آن، جلب توجه به گروه‌های دیگر به غیر از گروه‌های تجاری بود. به بیان دیگر، افرادی که باید در فرایند مدیریت در نظر گرفته شوند (۱۲).

Friedman و Miles نیز معتقد بودند که سازمان خود باید به عنوان گروهی از ذی‌نفعان در نظر گرفته شود و هدف سازمان باید مدیریت عالی نیازها و نقطه نظرات آن‌ها باشد (۱۳). این گروه‌ها به طور معمول شامل سرمایه‌گذاران، عرضه‌کنندگان، کارکنان، مشتریان، رقبا، اتحادیه‌های محلی و نهادهای قانون‌گذاری هستند (۱۴). با شناسایی ذی‌نفعان و نقش‌ها و مسؤولیت‌های آن‌ها، ارایه خدمات تسهیل می‌شود (۱۵)؛ البته باید توجه داشت که ممکن است در طول زمان تعریف ذی‌نفعان تغییر کند.

طیف وسیعی از روش‌ها برای شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان در حوزه سلامت استفاده شده است که در چهار گروه اصلی «مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، پشتیبانی و اجرایی، کادر درمانی، بیمار (نوزاد و والدین)» قابل طبقه‌بندی هستند (۱۶). مهم‌ترین وجه مدیریت ذی‌نفعان، ارزش‌آفرینی است. ذی‌نفعان منافع متنوع و اهداف متفاوتی دارند و همه آن‌ها به دنبال جذب کامل منافع و حذف خطر خود می‌باشند و دایم در رقابت هستند. اتخاذ سیاست‌های مناسب برای جلب نظر ذی‌نفعان، نیازمند شناسایی ارزش‌های مورد انتظار آن‌ها است (۱۷)؛ البته سیاست‌گذاری مستلزم اعتماد، مذاکره و ادغام دیدگاه‌های مختلف همه ذی‌نفعان است (۱۸). از این‌رو، توجه به همه ذی‌نفعان در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، با استفاده از تعریف Freeman به عنوان یک راهنما (۱۲)، محققان در مطالعه حاضر، ذی‌نفعان حوزه درمانی ROP را به عنوان هر فرد، گروه یا سازمانی تعریف کردند که می‌تواند بر هر جنبه‌ای از اجرا یا نتیجه درمان ROP در پژوهش‌ها، سیاست‌های مراقبت‌های سلامت، خدمات و اقدامات سلامتی و فرایندها تأثیر بگذارد یا تحت تأثیر قرار گیرد. به عنوان مثال، یک دولت و در بدنه آن، وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود دارد که منافع آن‌ها شامل سیاست‌های ROP است. این ذی‌نفعان شامل سازمان‌های دولتی و غیر دولتی در مراقبت‌های بهداشتی، آموزشی، کسب و کار خصوصی و بخش‌های اجتماعی است که احتمالاً تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بر فرایندهای درمان ROP تأثیر می‌گذارند. از جمله سازمان‌هایی که حقوق آن‌ها ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد (بیماران) و با توجه به ماهیت نوزاد بودن بیمار در این بیماری، والدین آن‌ها هستند، در تحقیق حاضر از وابستگی‌های ذی‌نفعان برای دسته‌بندی آن‌ها در گروه‌های مختلف استفاده گردید.

پژوهش حاضر به عنوان یکی از پیش‌نیازهای اساسی برای طراحی چارچوب نظام ملی مراقبت سلامت در راستای غربالگری، شناسایی و درمان ROP با بررسی و آشنایی با نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان حوزه درمان بیماری شبکیه نوزادان می‌باشد تا با شناسایی اولویت‌های این ذی‌نفعان، میزان تعهد به انجام تغییرات و میزان تأثیرگذاری آن‌ها، مدیریت فرایند به راحتی صورت گیرد. نتیجه مطالعه حاضر، فراهم‌سازی بستر مناسب برای تعامل و همکاری در تدوین چارچوب نظام مراقبت سلامت بیماری ROP خواهد بود.

با توجه به این که پس از جستجوی فراوان با موضوع «شناسایی و دسته‌بندی ذی‌نفعان حوزه درمانی ROP» تحقیق مرتبطی یافت نشد، جستجو در محدوده کلان‌تری نسبت به شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت و درمان در سه بخش پیشینه پژوهش در منابع داخلی، پیشینه پژوهش‌های ایرانی در منابع خارجی و پیشینه پژوهش‌های خارجی با موضوع شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان در حوزه سلامت، بررسی و در ادامه تشریح شد.

در این بخش، پیشینه پژوهش در منابع داخلی مورد بررسی قرار گرفت و در جدول ۱ نشان داده شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، شناسایی ذی‌نفعان در منابع فارسی محدود به الگوهای اعتبارسنجی و طرح نظام سلامت بوده و به زیرنظام‌های آن، از جمله نظام مراقبت سلامت پرداخته نشده است. در پژوهش‌های مذکور از روش‌های کمی و کیفی از جمله Kammi Schmeer، DEMATEL و تحلیل ذی‌نفعان استفاده شده است. در مطالعه شعبان خمسه و همکاران، به صورت جزیی تنها به شناسایی ذی‌نفعان پرداخته شده است(۱۹)، اما در مطالعه شیخ بگلو و همکاران، شش ذی‌نفع عمده در صنایع غذا و دارو شناسایی گردید و میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت (۲۰). همچنین، در تحقیق کیفی ایزدبخش و امامی، ارایه راهکارهای اجرایی برای پیشبرد امور مورد توجه قرار گرفت (۲۱).

با وجود جستجو و تلاش فراوان، تعداد مقالات یافت شده در این حوزه در منابع داخلی بسیار محدود بود و با توجه به استقبال چاپ مقالات به زبان لاتین توسط پژوهشگران حوزه سلامت در کشور، موضوع مطالعه در بین مقالات لاتین با نویسندگان داخلی در بخش بعدی به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

در پژوهش‌های مذکور در جدول ۲، موضوع بیمه به صورت مکرر و تنها زیرنظام برای بیماری هپاتیت C توسط بهزادی‌فر و همکاران مورد توجه قرار گرفت و سایر بیماری‌ها مورد توجه نبود (۱۸).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

جدول ۱. پیشینه پژوهش با موضوع شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت در منابع داخلی

منبع	عنوان پژوهش	روش انجام	یافته‌ها
شعبان خمسه و همکاران (۱۹)	کاربست مدل تحلیل ذی‌نفعان اشمیر در طراحی الگوی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران	The Kammi Schmeer's model	ترکیب تحلیلی ذی‌نفعان در الگوی ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران بر خلاف انتظار به مشارکت تنها دو وزارتخانه و سازمان‌های بیمه درمانی محدود نبود. کاربست مدل انتخابی، منجر به شناسایی ۱۷ گروه از ذی‌نفعان به ترتیب اهمیت در کلیه سطوح نظام بهداشتی و درمانی ایران گردید که در صورت انجام همکاری‌های مؤثر عملیاتی در دو حالت قطعی و مشروط، برقراری پوشش فراگیر خدمات در سه سطح کشوری، استانی و منطقه‌ای را تضمین می‌نماید.
شیخ بگلو و همکاران (۲۰)	شناسایی و تحلیل ذی‌نفعان سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت با استفاده از تکنیک DEMATEL	DEMATEL	٦ مورد از ذی‌نفعان سازمان غذا و داروی ایران شناسایی شد. نتایج پژوهش نشان داد که از نظر تأثیرگذاری و تأثیرپذیری، هیأت دولت به عنوان تأثیرگذارترین ذی‌نفع و مصرف‌کننده نهایی و نیز تأثیرپذیرترین ذی‌نفع در بین ذی‌نفعان می‌باشد. همچنین، از لحاظ میزان اهمیت ذی‌نفعان، وزارت بهداشت بیشترین و سازمان‌های بیمه‌گر کمترین اهمیت را دارند.
ایزدبخش و امامی (۲۱)	تحلیل ذی‌نفع و مدل‌سازی بازیگران کلیدی طرح تحول نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران	تحلیل ذی‌نفعان	این مطالعه پس از شناسایی ذی‌نفعان کلیدی، شش مشخصه اصلی را به نسبت هر کدام از آن‌ها سنجید و با ترکیب مشخصه‌های مختلف به مدل‌سازی آن‌ها پرداخت. برخی از مدل‌ها، پیش‌ساخته و به صورت گرته‌برداری از مطالعات مشابه بوده است و برخی دیگر از ابداعات این پژوهش به حساب می‌آیند. طبق مدل، ذی‌نفعان باید بر اساس چهار نقش «نقش‌بده»، «مطلع نگه‌دار»، «راضی نگه‌دار» و «حداقل تلاش» تقسیم شوند و بر این اساس، با آن‌ها تعامل صورت گیرد.
شیخ‌علیا لواسانی و دهقان نیری (۲۲)	مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان کلیدی امنیت غذایی در بخش دانه‌های روغنی با رویکرد ساختاردهی مسأله	تحلیل ذی‌نفعان	در مرحله اول در بخش کیفی با مطالعه اسناد و منابع کتابخانه‌ای، ۹۰ مورد ذی‌نفعان شناسایی شد. در مرحله بعد با مصاحبه از خبرگان و تشکیل نقشه‌های شناختی از آن‌ها، سایر عوامل از قبیل اهداف، وظایف و اختیارات ذی‌نفعان اصلی و پیامدهای اجرای طرح توسعه و کشت دانه‌های روغنی احصا گردید. همچنین، میزان تأثیرگذاری، تأثیرپذیری و مرکزیت هر یک از این عوامل به دست آمد. بدین ترتیب، اولویت هر یک از عوامل شناسایی شده بر اساس همین عوامل مشخص شد. وزارت جهاد کشاورزی به عنوان تأثیرگذارترین ذی‌نفع و امنیت غذایی و استقلال اقتصادی، نقش تأثیرپذیرترین پیامد را در بین سایر پیامدها داشت.

DEMATEL: Decision Making Trial and Evaluation Laboratory

این دسته از پژوهشگران از روش‌های کیفی و کمی بدون مدل خاصی استفاده کردند و داده‌های مورد نیاز برای تحلیل ذی‌نفعان را از طریق مصاحبه و پرسش‌نامه دریافت نمودند. در این دسته از مطالعات، علاوه بر شناسایی ذی‌نفعان، معرفی چالش‌ها و حل موانع اجرایی‌سازی پروژه‌ها مد نظر قرار گرفته بود.

در بخش بعدی، بررسی منابع خارجی در مجلات معتبر بین‌المللی یافت شده در پایگاه‌های استنادی معتبر طبق جدول ۳ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که مانند سایر پژوهش‌های این حوزه، شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت محدود به برنامه‌های اعتبارسنجی در سطح ملی شده است (۲۷). در این بخش، محققان شناسایی ذی‌نفعان برای درمان بیماری روماتیسم قلبی را مورد توجه قرار دادند (۴).

روش‌ها

محیط پژوهش شامل کلیه نقش‌آفرینان در فرایند درمانی ROP اعم از سازمان‌ها، نهادها، افراد و حتی بیماران در مراحل مختلف غربالگری، شناسایی، درمان و نظارت بر درمان ROP بود. جامعه پژوهش نیز شامل مدیران و سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران حوزه بهداشت و سلامت، کادر پزشکی، کادر پرستاری و اپتومتریست، کادر اداری- مالی و سایر کارکنان بیمارستان بودند که در این فرایند همکاری دارند و به عنوان منابع اطلاعاتی در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفتند.

نکته حایز اهمیت این بود که خروجی تحقیق به عنوان بخشی از داده‌های ورودی برای طراحی چارچوب نظام مراقبتی ROP مورد استفاده قرار خواهد گرفت. پس از بررسی انواع روش‌های شناسایی و اولویت ذی‌نفعان با توجه به ابزارهای مورد استفاده در پژوهش‌های مختلف در منابع معتبر داخلی و خارجی و با توجه به این که مدل Kammi Schmeer (۳۲) به صورت اختصاصی برای شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان در حوزه سلامت توسعه یافته است، از این مدل ۸ مرحله‌ای برای تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان استفاده گردید. مراحل اجرایی مطالعه در بازه زمانی ابتدای سال ۱۴۰۳ لغایت آبان ماه سال جاری در شکل ۱ نشان داده شده است.

گام نخست: دو مرحله اول مدل Kammi Schmeer (برنامه‌ریزی برای انجام فرایند، انتخاب و تعریف مناسب یک سیاست)، با حضور میدانی و بررسی پژوهش‌های کتابخانه‌ای، انجام مصاحبه با خبرگان انجام شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

جدول ۲. پیشینه پژوهش‌های ایرانی با موضوع شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت در منابع خارجی

منبع	عنوان پژوهش	روش انجام	یافته‌ها
حیدری و همکاران (۲۳)	تحلیل ذی‌نفعان نظام بیمه سلامت ایران	Kammi Schmeer	در مجموع، ۳٤ ذی‌نفع شناسایی شد که در ۹ فعالیت اصلی شرکت داشتند. به نظر پژوهشگران، توجه به موضع یکسان بیشتر ذی‌نفعان نسبت به اهداف، اصلاحات امکان‌پذیر است؛ مشروط بر این که ذی‌نفعان تأثیرگذار در سیاست‌گذاری مشارکت داشته باشند.
بهزادی‌فر و همکاران (۱۸)	سیاست‌گذاری مرتبط با ویروس هپاتیت C در ایران: تحلیل شبکه اجتماعی ذی‌نفعان	مصاحبه و تجزیه و تحلیل شبکه‌های اجتماعی	مشخص شد که ذی‌نفعان مختلفی با سیاست‌های مرتبط با هپاتیت C در ایران درگیر هستند. میزان مشارکت و حمایت آن‌ها در سیاست‌گذاری متفاوت بود. به طور خاص، آژانس‌های بین‌المللی علاقه زیادی به سیاست‌گذاری مرتبط با هپاتیت C داشتند؛ در حالی که رسانه‌ها و بخش خصوصی با علاقه متوسط و نهادهای دولتی و غیر دولتی با علاقه بسیار متغیر (از کم تا زیاد) مشخص شدند.
بازیار و همکاران (۲٤)	ترکیب صندوق‌های بیمه سلامت در یک بافت پراکنده: چه نوع چالش‌هایی باید در نظر گرفته شود؟	مصاحبه و تحلیل کیفی با استفاده از روش تحلیل چارچوب	یک‌سری ذی‌نفع شناسایی شده و مهم‌ترین چالش‌ها و موانع اجرایی‌سازی ادغام بیمه‌ها به روش مصاحبه و تحلیلی کیفی با استفاده از روش تحلیل چارچوب در کشور ارایه شده است.
دشمن‌گیر و همکاران (۲۵)	تعیین تعرفه خدمات درمانی در ایران: نیم قرن تلاش برای یک فرصت	جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه مثلث خط‌مشی	در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه، از طریق مثلث خط‌مشی، طبقه‌بندی ذی‌نفعان صورت گرفت و در نهایت، تحلیل قدرت منفعت انجام گردید.
آتش‌بهار و همکاران (۲٦)	سیاست یکپارچه رشد دوران کودکی در ایران: تحلیل ذی‌نفعان	مصاحبه نیمه ساختار یافته و پرسش‌نامه	هدف این مطالعه، شناسایی ذی‌نفعان بالقوه و تعامل آن‌ها بود. ابتدا ٤۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته و بررسی اسناد مرتبط با رشد دوران کودکی برای شناسایی ذی‌نفعان بالقوه و نقش آن‌ها انجام شد. دوم، با استفاده از یک چک‌لیست طراحی شده، این ذی‌نفعان از نظر قدرت، علاقه و موقعیت در سیاست‌گذاری موضوع ارزیابی شدند. سپس نقشه سهامداران و شکل تحلیل سه بعدی ذی‌نفعان طراحی گردید. نتایج نشان داد که ذی‌نفعان دارای سطوح مختلفی از قدرت، علاقه و موقعیت در این زمینه هستند که منجر به تأثیرات متفاوت آن‌ها بر فرایند می‌شود و ذی‌نفعان با سطح قدرت بالا علاقه یا حمایتی از سیاست موضوع پژوهش ندارند.

در این گام نحوه به کارگیری نتایج به عنوان ورودی طراحی چارچوب نظام ملی مراقبت سلامت و استفاده‌کنندگان آن مشخص گردید. برای شناخت بیشتر در این گام، بررسی مستندات بیمارستانی نیز مورد توجه قرار گرفت و با تشکیل گروهی ۵ نفره از صاحب‌نظران و پژوهشگران، موضوع از ابعاد مختلف بررسی شد. در مرحله بعدی، برنامه زمان‌بندی سه ماهه برای اجرای پرسش‌نامه تعریف و سیاست‌ها و مسیر پژوهش ترسیم گردید. در این مرحله سیاست اصلی، استفاده حداکثری از حضور فعال نقش‌آفرینان در فرایند درمانی و استفاده از نظرات خبرگان و صاحب‌نظران در طراحی چارچوب نظام ملی مراقبت سلامت برای درمان بیماری ROP و بسترسازی برای آمادگی و نقش‌آفرینی ذی‌نفعان اصلی از هر گروهی به منظور تدوین چارچوب بهینه تعریف شد.

گام دوم: در این گام، نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان اصلی و فرعی بر مبنای ادبیات پژوهش و مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان این حوزه، طی مراحل زیر شناسایی شد.

۱- بررسی و مرور ادبیات موجود در حوزه پژوهش در سه بخش، داخلی به زبان فارسی، داخلی به زبان لاتین و منابع خارجی در پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر

۲- بررسی مستندات و کتب چاپ شده در موضوع پژوهش

۳- بررسی شناسنامه‌های خدمت موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای فرایندهای درمانی ROP

۴- برگزاری جلسات مصاحبه حضوری با صاحب‌نظران حوزه پژوهش در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمارستان فارابی و دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت اطلاع از تجربیات موجود در موضوع پژوهش

۵- تهیه فهرست اولیه از نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان بر مبنای مراحل ۱ تا ۴، گروه‌بندی آن‌ها در چهار گروه اصلی بر اساس میزان مشابهت کاری (مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، واحد مالی، پشتیبانی و اجرایی، ارایه دهندگان خدمات درمانی و نوزاد و والدین) و ۲۸ زیرگروه، میزان تعهد به انجام تغییرات و تأثیرگذاری این ذی‌نفعان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

جدول ۳. پیشینه پژوهش با موضوع شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت در منابع خارجی

منبع	عنوان پژوهش	روش انجام	یافته‌ها
Hinchcliff و همکاران (۲۷)	دیدگاه ذی‌نفعان در اجرای برنامه‌های اعتباربخشی: یک مطالعه کیفی عوامل توانمندساز	مصاحبه نیمه ساختار یافته	استرالیا/ پس از شناسایی ذی‌نفعان، چهار عامل به عنوان توانمندسازهای اجرایی شناسایی شد. برنامه اعتباربخشی مشترک، معتبر و با استفاده از استانداردهای مرتبط، اعتباربخشی توسط متخصصان بهداشت توصیه شده است.
Sandhu و همکاران (۲۸)	شناسایی اولویت‌ها برای بهبود سیستم مراقبت برای کودکان با نیازهای پیچیده بهداشتی در شمال کارولینا: فرایند و نتایج سیستماتیک مشارکت ذی‌نفعان	پرسش‌نامه باز/ مصاحبه Delphi راند ۱ و ۲	آمریکا/ ۴۷ ذی‌نفع از ۳۱ ایالت برای بیماری‌هایی که نیازهای پیچیده بهداشتی ایجاد می‌کنند، شناسایی شد. هم‌زمان ۵۹ اولویت در ۱۰ حوزه نیز شناسایی گردید. در پایان، راهکارهایی برای بهبود سیاست‌ها نیز ارایه شد.
Moloi و همکاران (٤)	شناخت ذی‌نفعان داخلی و بین‌المللی در روماتیسم قلبی زمینه بیماری در تانزانیا و اوگاندا: نقشه‌برداری سیستماتیک ذی‌نفعان	چارچوب Schiele	تانزانیا و اوگاندا/ شناسایی و دسته‌بندی ذی‌نفعان در بیماری روماتیسم قلبی در پنج دسته و ۱۲۸ ذی‌نفع انجام شد. محققان تعدد ذی‌نفعان را یکی از دلایل پیچیدگی فرایند درمانی در این بیماری در نظر گرفتند.
Newlands و همکاران (۲۹)	تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان برای آماده شدن برای ارزیابی دنیای واقعی، ادغام الگوریتم‌های هوشمند مصنوعی در غربالگری پستان (مطالعه PREP-AIR): یک مطالعه کیفی با استفاده از راهنمای سازمان بهداشت جهانی	گروه‌های متمرکز و مصاحبه	انگلستان/ یک مطالعه کیفی با استفاده از راهنمای تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی با اهداف شناسایی ذی‌نفعان احتمالی، بررسی دیدگاه‌های ذی‌نفعان و توصیف ویژگی‌های آن‌ها، اولویت‌بندی ذی‌نفعان از نظر اهمیت و توسعه راهکارهایی برای مدیریت ذی‌نفعان مهم انجام شد. هفت ویژگی ذی‌نفعان شامل «دانش آن‌ها از اصلاحات هدفمند، موقعیت، منافع، اتحادها، منابع، قدرت و رهبری» نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.
Guise و همکاران (۳۰)	شناسایی، طبقه‌بندی و نقشه‌برداری بازیگران دخیل در تاب‌آوری در مراقبت‌های بهداشتی: تحلیل کیفی ذی‌نفعان	مصاحبه	نروژ/ این مطالعه با انجام تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان برای شناسایی و دسته‌بندی ذی‌نفعانی که برای تسهیل و حفظ تاب‌آوری در مراقبت‌های بهداشتی کلیدی هستند و جهت بررسی روابط ذی‌نفعان مربوط به اجرای سیستم‌های مراقبت بهداشتی انعطاف‌پذیر، به شکاف‌های موجود در تحقیق می‌پردازد. هدف این پژوهش، شناسایی ذی‌نفعان، تمایز و طبقه‌بندی ذی‌نفعان با استفاده از شبکه منافع/ نفوذ و بررسی و نقشه‌برداری از روابط ذی‌نفعان با استفاده از ماتریس بازیگر- پیوند انجام شد. در آخر، مراقبان خانواده و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی فعال‌ترین گروه‌های ذی‌نفع در اجرای تاب‌آوری سیستم مراقبت‌های بهداشتی شناسایی شدند.
Kim و همکاران (۳۱)	تجزیه و تحلیل الزامات ذی‌نفعان برای توسعه خدمات مدیریت سلامت گوارش	مصاحبه و پرسش‌نامه	مجموعه‌ای از مصاحبه‌های مبتنی بر نظرسنجی با ۳۵ شرکت‌کننده از پنج گروه ذی‌نفع، مجموعه‌ای جامع از الزامات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی گوارش را شناسایی کرد. در مجموع، ٤٦ نیاز متمایز در مراحل پیشگیری/ غربالگری، ارزیابی/ تشخیص و درمان/ آموزش مراقبت‌های بهداشتی گوارش شناسایی شد. قابلیت دسترسی، سفارشی‌سازی، قابلیت استفاده، کاربردی بودن و در دسترس بودن اطلاعات، ویژگی‌های شناسایی شده در سه مرحله بودند.

خروجی گام دوم در طراحی پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفت.

گام سوم: در این گام، مراحل چهارم، پنجم و ششم مدل Kammi Schmeer و انتخاب ابزار مناسب، جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل جداول شناسایی ذی‌نفعان انجام شد. ابزار پرسش‌نامه الکترونیکی با توجه به شرایط پژوهش و عدم تمرکز جامعه پژوهش در یک محل انتخاب گردید. پرسش‌نامه با اطلاعات ذی‌نفعان و ویژگی‌های آنان از طریق سامانه فرم‌ساز آنلاین فرم‌افزار (https://formafzar.com/) با دسترسی اینترنتی تهیه و تنظیم شد. برای تدوین پرسش‌نامه، موضوعات «اهمیت هر یک از ذی‌نفعان در فرایند درمانی، نوع مشارکت در فرایند درمانی، میزان تعهد و تأثیرگذاری در ایجاد تغییرات در فرایندهای جاری به ویژه با توجه به سطح نفوذی که بر آن داشتند» برای هر یک از نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان مورد توجه قرار گرفت (۳۳). به منظور افزایش دقت پژوهش، از طیف عددی صفر تا ۱۰ برای سنجش میزان اهمیت هر ذی‌نفع در نظر گرفته شد. صفر کمترین اهمیت و ۱۰ دارای بیشترین اهمیت است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

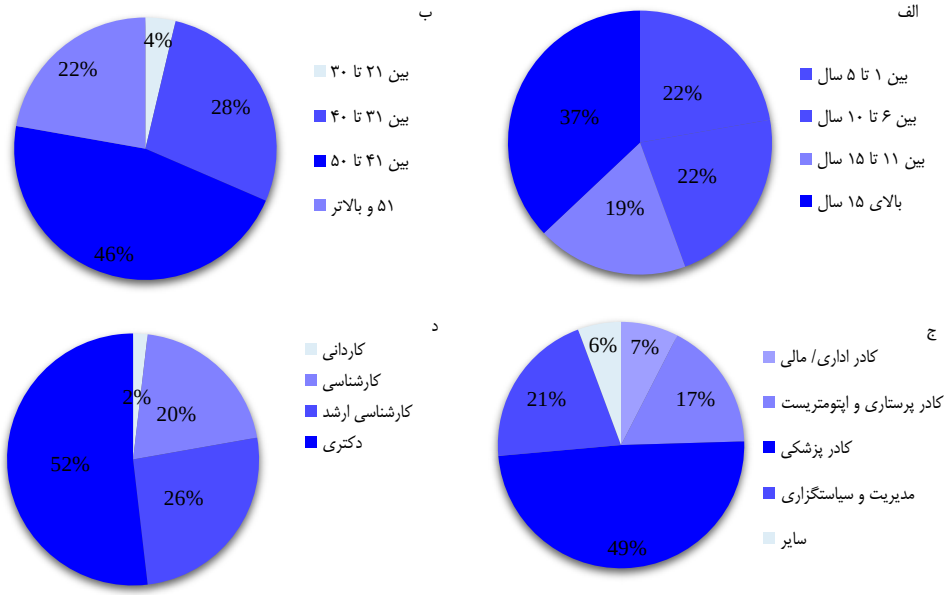


شکل ۱. روش‌شناسی پژوهش بر اساس مدل ۸ مرحله‌ای Kammi Schmeer در چهار گام

قبل از اجرای پرسش‌نامه در مقیاس کلان، فهم سؤالات و نحوه پرسشگری توسط سه نفر از خبرگان این حوزه بررسی و اصلاحاتی در پرسش‌نامه انجام گردید. به دلیل محدودیت‌های دسترسی، انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی یا احتمالی به دلیل عدم دسترسی عمومی به جامعه پژوهش غیر ممکن بود و به همین دلیل، نمونه‌ها از میان نخبگان در دسترس و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین، با توجه به هدف پژوهش، این نوع نمونه‌گیری قادر به پوشش دقیق‌تر گروه‌های خاص ذی‌نفعان که نقش کلیدی در سیستم مراقبتی و درمان ROP دارند، بود. مبنای هدفمندی در انتخاب نمونه‌ها، خبرگی و تخصص جامعه پژوهش بود.

معرفی اولیه اهداف پژوهش و لینک پرسش‌نامه در مرحله نخست در گروه کشوری تخصصی ROP به اشتراک گذاشته شد. این پیام هم‌زمان توسط یکی از مسؤولان و خبرگان وزارت بهداشت برای ۵۵ نفر از مدیران و کادر پزشکی و پرستاری سراسر کشور به صورت غیر تصادفی و کاملاً هدفمند برای مشمولان جامعه پژوهش از طریق پیامک ارسال گردید و از آن‌ها درخواست شد در صورت امکان برای سایر همکاران مرتبط نیز ارسال نمایند. از این تعداد، ۳۳ نفر پرسش‌نامه را تکمیل کردند. در مرحله بعدی لینک مذکور برای ۱۳۸ نفر از متخصصان چشم‌پزشکی و شبکیه با معرفی یکی از خبرگان حوزه ROP در بیمارستان فارابی از طریق دریافت شماره همراه و ارسال پیامک توسط پژوهشگر انجام شد. به دلیل نرخ پایین تکمیل پرسش‌نامه در این مرحله، در دو مرحله پیامک یادآوری ارسال گردید و در نهایت، تنها ۲۱ نفر از این افراد اقدام به تکمیل پرسش‌نامه نمودند و مجموع تعداد پرسش‌نامه تکمیل شده به ۵۴ فرم رسید. علاوه بر این، در هر مرحله برای تکمیل پژوهش، به طور مستمر از مطالعه کتابخانه‌ای (جستجو در پایگاه‌های علمی، مطالعه و تحلیل مقالات علمی و اسناد رسمی، شناسنامه و استاندارد خدمت در حوزه ROP) برای تعمق بیشتر موضوع استفاده شد.

در این مرحله با توجه به عدم وجود اطلاعات مربوط به پزشکان، پرستاران و سایر افراد مشارکت‌کننده در فرایند غربالگری، تشخیص، درمان و نظارت بر درمان در سراسر کشور، به صورت تخمینی و با اطلاعات خبرگان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این جامعه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به فرمول Cochran، حداقل نمونه ۱۹۶ نفر تخمین زده شد، اما با توجه به محیط پژوهش، این پرسش‌نامه که از ۱۳ شهریور ماه به اجرا درآمد، پس از تلاش‌های فراوان به دلیل خبرگی تکمیل‌کنندگان پرسش‌نامه، به ۵۴ نفر بسنده شد و پس از حدود یک ماه تلاش در جهت افزایش نمونه آماری، کار تحلیل آغاز گردید. همچنین، با توجه به اهمیت ارایه اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه، نتایج در قالب شکل ۲ به تفکیک ارایه شد.



شکل ۲. سابقه کاری در حوزه درمان Retinopathy of prematurity (ROP) (الف)، سن شرکت‌کنندگان (ب)، نوع همکاری شرکت‌کنندگان (ج) و آخرین مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان (د)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

گام چهارم: مراحل هفتم و هشتم مدل Kammi Schmeer در این گام انجام شد. این گام شامل تحلیل جداول ذی‌نفعان و نحوه استفاده و تحلیل اطلاعات حاصل شده در گام سوم با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) بود.

یافته‌ها

در این مرحله با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه الکترونیکی، کار تحلیل داده‌ها آغاز شد. ابتدا داده‌ها در فایل Excel کدبندی و پس از محاسبه میانگین‌های وزنی، نمودارها در نرم‌افزار SPSS ترسیم شد. ذی‌نفعان بر اساس چهار گروه اصلی و زیرگروه‌ها، طبق جدول ۴ و شکل ۳ شناسایی گردید.

لازم به ذکر است فقط ذی‌نفعانی که در نمودار Pareto شناسایی شدند به عنوان ذی‌نفعان اصلی در گروه‌های چهارگانه معرفی شدند. همچنین، چندین ذی‌نفع نیز به صورت متنی توسط تکمیل‌کنندگان پرسش‌نامه پس از تأیید خبرگان اضافه گردید که توضیحات مبسوط آن در بخش بحث ارایه شده است. ذی‌نفعان در هر گروه به ترتیب اولویت درج شدند، اما گروه‌ها نسبت به هم اولویتی ندارند.

با توجه به استاندارد Kammi Schmeer، ویژگی‌های هر یک از ذی‌نفعان در جدول ۵ ارایه شده است. همان‌گونه که در متن صریح راهنمای Kammi Schmeer ذکر شده است، در زمان تبدیل نتایج به جداول، اطلاعات به دست آمده از طریق مصاحبه نیز لحاظ شده است (۳۲). وضعیت تعهد به ایجاد تغییرات در فرایندهای جاری به منظور بهینه‌سازی فرایندها نیز در در قالب شکل ۴ نشان داده شده است.

بحث

طبق نتایج به دست آمده، بیشترین مشارکت‌کنندگان را زنان با مشارکت ۷۲ درصدی تشکیل دادند. طبق نظر خبرگان، ورود به این حوزه درمانی با توجه به منافع مالی پایین و صرف مدت زمان زیاد معاینه، صرفه اقتصادی برای مردان ندارد و بیشتر متخصصان درمانی این حوزه را زنان تشکیل می‌دهند.

بر مبنای شکل ۲، ۳۷ درصد از مشارکت‌کنندگان سابقه کاری بالای ۱۵ سال داشتند که این امر به اعتبار نتایج پژوهش می‌افزاید. در بین نتایج، ۴۹ درصد از مشارکت‌کنندگان را کادر درمانی تشکیل دادند که با نوزاد و والدین آن‌ها ارتباط بدون واسطه دارند و می‌توانند تحلیل واقع‌بینانه‌تری از فرایند درمانی ارایه دهند.

جدول ۴. ذی‌نفعان اصلی در درمان Retinopathy of prematurity (ROP) بر اساس گروه‌های اصلی و زیرگروه‌ها

گروه	زیرگروه	میانگین (صفر تا ۱۰)
مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	٦/٢٢
	مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	٥/٨٣
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت آموزش)	٥/٠٩
	رئیس دانشگاه/ هیأت رئیسه دانشگاه/ رئیس بیمارستان	٤/٨٠
	قوه قضاییه	٤/٦١
پشتیبانی و اجرایی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت درمان)	٧/٠٠
	سازمان‌های بیمه‌گر	٦/١٥
	رئیس بیمارستان دولتی/ خصوصی	٦/٠٤
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت)	٥/٨٧
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره کل تجهیزات پزشکی)	٥/٦٥
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت آموزش)	٥/٥٤
	شرکت‌های تأمین‌کننده تجهیزات پزشک	٥/١٦
	معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	–
	کنوانسیون ملی حقوق کودک	–
ارایه دهندگان خدمات درمانی	چشم پزشک دوره‌دیده/ فلوشیپ شبکیه	٨/٣٥
	پزشک متخصص کودکان/ فوق‌تخصص نوزادان	٧/٣١
	پرستار واحد NICU	٧/١٣
	کارکنان بخش بهداشت (مراقب سلامت/ بهورز/ پزشک مرکز خدمات جامع سلامت)	٥/٩٤
	اپتومتریست	٣/٦١
	کادر اجرایی درمانگاه ROP (منشی، کمک بهیار، انتظامات)	–
	کادر زایمان (متخصص زنان/ پریناتولوژیست/ ماما)	–
	پزشک خانواده مرکز بهداشت	–
نوزاد و والدین	والدین نوزاد	٧/٩٣
	نوزاد	٧/٨٣

ROP: Retinopathy of prematurity

https://hsr.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]



شکل ۳. ذی‌نفعان اصلی در فرایندهای غربالگری، شناسایی و درمان Retinopathy of prematurity (ROP)



شکل ۴. موضع گروه‌های اصلی ذی‌نفعان نسبت به تغییر در فرایندهای درمان Retinopathy of prematurity (ROP) با پیاده‌سازی نظام ملی مراقبتی

مدیران و سیاست‌گذاران با داشتن ۲۱ درصد از سهم مشارکت‌کنندگان، بر وزین‌تر شدن نتایج مطالعه افزودند. ۴۶ درصد از مشارکت‌کنندگان در رده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند و ۵۲ درصد از آنان دارای مدرک دکتری بودند.

در جدول ۴، ذی‌نفعان با توجه به امتیازهای شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه درج شده‌اند. با توجه به این که امکان ثبت سایر ذی‌نفعان به صورت متنی وجود داشت، مواردی توسط آن‌ها درج شده است که پس از برگزاری جلسه با خبرگان و دریافت نظرات آنان، این گروه‌ها به ذی‌نفعان اضافه گردید. به عنوان مثال، در گروه دوم (پشتیبانی و اجرایی) معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کنوانسیون ملی حقوق کودک و در گروه سوم (کادر درمانی) کادر اجرایی درمانگاه ROP (منشی، کمک بهیار، انتظامات)، کادر زایمان (متخصص زنان/ پریناتولوژیست/ ماما) و پزشک خانواده مرکز بهداشت به زیرگروه‌های مربوطه افزوده شد.

بر اساس داده‌های جدول ۵، متعهدترین گروه برای ایجاد تغییرات در فرایندهای غربالگری، شناسایی، درمان و نظارت بر درمان ROP، گروه ارایه دهندگان خدمات درمانی می‌باشد. این قشر به صورت مستقیم با نوزاد و والدین در تماس است و چالش‌ها را به صورت مستقیم درک می‌کند؛ البته باعث شگفتی است که گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، موضعی تقریباً بی‌طرف برای ایجاد تغییرات اتخاذ نمودند. باید در نظر داشت که عدم وجود افراد غیر متعهد در این فرایند نیز خود مسأله مثبت و قابل تأملی در اجرای تغییرات در این بخش است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

جدول ۵. ویژگی‌های مختلف احصا شده ذی‌نفعان شناسایی شده بر اساس گروه‌های اصلی

گروه	موقعیت و سازمان	فرایند مشارکت	میزان تأثیرگذاری	میزان تعهد به ایجاد تغییرات	ابزارهای ارتباطی مشارکت
مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت	درون/ برون‌سازمانی	سیاستگذاری	۲/۶۹ (بالا)	۲/۲۰ (بی‌طرف)	مصوبات، گزارش‌ها
پشتیبانی و اجرایی	درون‌سازمانی	اجرایی	۲/۴۱ (متوسط)	۱/۹۴ (بی‌طرف)	مصوبات
ارایه دهندگان خدمات درمانی	درون‌سازمانی	درمانی	۲/۸۳ (بالا)	۲/۷۶ (متعهد)	مصوبات، گزارش‌ها
نوزاد و والدین	برون‌سازمانی	دریافت کننده خدمات	۲/۶۵ (متوسط)	۲/۵۲ (بی‌طرف)	نظرسنجی

نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش شعبان خمسه و همکاران دارای مشابهت در ذی‌نفعان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، قوه قضاییه است (۱۹)؛ البته باید در نظر داشت که این محققان به دنبال طراحی الگوی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران بودند.

نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیق شیخ‌بگلو و همکاران همخوانی داشت و مهم‌ترین ذی‌نفع، وزارت بهداشت معرفی شد (۲۰)، اما بر خلاف پژوهش شیخ‌بگلو و همکاران که سازمان‌های بیمه‌گر از اهمیت کمی برخوردار بودند (۲۰)، در مطالعه حاضر سازمان‌های بیمه‌گر جزء مهم‌ترین ذی‌نفعان در درمان بیماری ROP بودند. در بخش پشتیبانی و اجرایی، دومین زیرگروه مؤثر ذی‌نفعان در پژوهش حاضر، سازمان‌های بیمه‌گر معرفی شدند. در مقایسه با مطالعه ایزدبخش و امامی (۲۱)، نیز اشتراکاتی از جمله معرفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، شرکت‌های تجهیزات پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و کادر پزشکی به عنوان ذی‌نفعان وجود دارد.

در تحقیق شیخ‌علیا لواسانی و دهقان نیری در خصوص مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان کلیدی امنیت غذایی در بخش دانه‌های روغنی (۲۲)، نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان ذی‌نفعان مشترک در هر دو پژوهش مطرح شدند.

در پژوهش‌های ایرانی با موضوع شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت در منابع خارجی به جزء پژوهش در بیماری هپاتیت C (۱۸)، سایر مطالعات در حوزه شناسایی ذی‌نفعان در حوزه بیمه درمانی بوده است (۲۶-۲۳). این تحقیقات بیماری خاصی را مد نظر قرار ندادند و از مدل خاصی در حوزه سلامت پیروی نکردند، اما تحلیل قدرت- منفعت را انجام دادند. با توجه به ماهیت گردش مالی در این صنعت، امری ضروری به نظر می‌رسد، اما در پژوهش حاضر با توجه به ماهیت ذی‌نفعان و عدم سهیم شدن در گردش مالی، تحلیل قدرت- منفعت صورت نگرفته است.

در مطالعه با موضوع شناسایی ذی‌نفعان در حوزه سلامت در منابع خارجی، برخی محققان به شناسایی و ارایه توانمندسازهای اجرایی برای ایجاد مشوق جهت مشارکت ذی‌نفعان در فرایندهای درمانی پرداختند (۲۷). در پژوهش حاضر نیز توانمندسازهای اجرایی در چهار گروه ذی‌نفعان شناسایی شد، اما به دلیل وجود محدودیت در حجم مطالب در قالب این مقاله نگنجید. در مطالعه دیگری با هدف شناسایی ذی‌نفعان در درمان بیماری‌های قلبی، پژوهشگران ۱۲۸ ذی‌نفع را شناسایی نمودند که نشان دهنده پیچیدگی بسیار در شناسایی و درمان این بیماری است (۴)، اما در تحقیق حاضر تعداد ذی‌نفعان اثرگذار در چهار گروه اصلی و در قالب ۲۳ زیرگروه معرفی شدند.

محققان در پژوهش دیگری به شناخت بیشتر ذی‌نفعان در قالب ۷ ویژگی (اصلاحات هدفمند، موقعیت، منافع، اتحادها، منابع، قدرت و رهبری) پرداختند.

همچنین، با توجه به مدل Kammi Schmeer، ذی‌نفعان در ویژگی‌های موقعیت و سازمان، فرایند مشارکت، میزان تأثیرگذاری، میزان تعهد به ایجاد تغییرات و ابزارهای ارتباطی برای مشارکت مورد بررسی قرار گرفتند (۲۹).

مطالعه حاضر در مقایسه با تحقیق Kim و همکاران که با ۳۵ نخبه مصاحبه انجام شد (۳۱)، تعداد نمونه بیشتری را مد نظر قرار داد تا امکان استفاده از نظرات بیشتری در این موضوع فراهم گردد. در پژوهش آنان، گروه‌بندی ذی‌نفعان براساس مراحل انجام درمان بود (به عنوان مثال ذی‌نفعان در غربالگری/ درمان) (۳۱)، اما در پژوهش حاضر گروه‌بندی ذی‌نفعان براساس نحوه ورود به فرایند درمانی در نظر گرفته شد (به عنوان مثال سیاست‌گذاران/ ارایه دهندگان خدمات درمانی).

با توجه به راهبردهای ارایه شده در مدل Kammi Schmeer، راهکارهایی به منظور پیشبرد اهداف پژوهشی توسط نویسندگان پیشنهاد می‌گردد که در ادامه آمده است:

۱- افزایش قدرت و رهبری متعهدان و حامیان: در این بخش با توجه به بی‌طرفی حوزه مدیریت و سیاست‌گذاری، تقویت ارایه دهندگان امر دشواری به نظر می‌رسد، اما با استفاده از توانمندسازهای اجرایی می‌توان بر این چالش فایق آمد.

۲- تضعیف قدرت و رهبری غیر متعهدان: در پژوهش حاضر گروه غیر متعهد مشاهده نشد.

۳- تبدیل غیر متعهدان به متعهدان: تبدیل نقش‌آفرینان خنثی به فعال با متقاعد کردن و حمایت از آنان و افزایش قدرت و رهبری آن‌ها در صورت لزوم، سیاست‌گذاری سلامت، پشتیبانی و اجرایی، این گروه‌ها را به متعهد تبدیل نمود. بهینه‌سازی فرایندهای درمانی در حوزه ROP به صورت جدی‌تری مدنظر قرار خواهد گرفت. در مورد گروه نوزاد و والدین نیز با توجه به تأثیرگذاری پایین، امکان تعریف راهکار، منطقی به نظر نمی‌رسد؛ البته باید توجه داشت که اجرای راهکارها مستلزم تعهد زمان و منابع اضافی از طرف مدیران ارشد خواهد بود. اجرای راهکارها مستلزم توسعه گروهی منتخب از متخصصان حرفه‌ای است که در زمینه ارتباطات، تسهیل و میانجی‌گری و فنون مذاکره آموزش دیده‌اند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان در درمان ROP در ایران پرداخت. یافته‌ها نشان می‌دهد که تنوع و گستردگی نیازهای ذی‌نفعان، پیچیدگی‌های فرایند درمان را نمایان می‌کند و ضرورت همکاری و مشارکت میان ذی‌نفعان مختلف را به عنوان یک اقدام حیاتی برای طراحی یک چارچوب نظام ملی مراقبتی برجسته می‌سازد.

نوآوری اصلی تحقیق حاضر، توجه ویژه به ذی‌نفعان در کل فرایند درمان به

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

عنوان پیشران تدوین نظام ملی مراقبتی است. این موضوع به سیاست‌گذاران کمک می‌کند که در طراحی سیستم‌ها و چارچوب‌های درمانی، نیازهای مختلف و پیچیدگی‌های موجود را به درستی در نظر بگیرند. همچنین، استفاده از مدل ۸ مرحله‌ای Kammi Schmeer که پیش از این تنها در حوزه‌های عمومی مورد استفاده قرار گرفته بود، بر غنای این کار افزوده است.

پژوهش حاضر بر اهمیت تعاملات ساختاری و ایجاد شبکه‌ای از ذی‌نفعان تأکید دارد تا کیفیت خدمات درمانی بهبود یابد. این نتیجه‌گیری می‌تواند به عنوان مبنایی برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های عملیاتی در حوزه درمان ROP مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌هایی مطالعه حاضر می‌توان به کمبود منابع داخلی و خارجی مرتبط با موضوع تحقیق، عدم امکان استفاده از منابع خارجی به دلیل تفاوت در استانداردهای درمانی، حقوقی، قانونی و... و عدم مشارکت حداکثری خبرگان در پاسخدهی به پرسش‌نامه الکترونیک اشاره کرد.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده از سایر ابزارها مانند ماتریس قدرت/علاقه برای تحلیل ذی‌نفعان استفاده شود. در صورت امکان با گسترش نمونه آماری، می‌توان از نظرات بیشتری برای تحلیل استفاده نمود و با استفاده از روش‌های کیفی و مطالعه عمیق نیز می‌توان به دیدگاه‌های عمیق‌تری دست یافت. در نهایت، می‌توان در نظر داشت که ایجاد و تقویت شبکه‌های همکاری بین ذی‌نفعان مختلف از جمله سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و درمان، پزشکان، والدین و سازمان‌های حمایتی و ارایه راهکارهای اجرایی، به بهبود کیفیت خدمات درمانی کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی با شماره ۱۰۰۱۱۰۹۷ و کد اخلاق IR.MODARES.REC.1402.111، مصوب دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد. بدین‌وسیله از پرسنل درمانگاه ROP بیمارستان فارابی به ویژه سرکار خانم دکتر افسر دستجانی فراهانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Snyder J, Crooks VA, Turner L, and Johnston R. Understanding the impacts of medical tourism on health human resources in Barbados: a prospective, qualitative study of stakeholder perceptions. Int J Equity Health. 2013; 12(1): 2.
2. Aronoff-Spencer E, McComsey M, Chih MY, Hubenko A, Baker C, Kim J, et al. Designing a Framework for Remote Cancer Care Through Community Co-design: Participatory Development Study. J Med Internet Res. 2022; 24(4).
3. Khakbaz H, Eyvazpour J, Managing the Stakeholders Network in Technology Business Incubators. Roshdefanavari. 2013; 9(34): 4-20. [In Persian].
4. Moloi H, Tulloch NL, Watkins D, Perkins S, Engel M, Abdullahi L, et al. Understanding the local and international stakeholders in rheumatic heart disease field in Tanzania and Uganda: A systematic stakeholder mapping. Int J Cardiol. 2022; 353:119-26.
5. Mohammadiha H, Memarzadeh G R, Azimi P. Designing a Model for Improving the Country's Health System with an Emphasis on Governance Strategies. payavard 2021; 15 (3): 272-90. [In Persian].
6. Kulkarni S, Gilbert C, Zuurmond M, Gashe SA, Deshpande M. Blinding Retinopathy of Prematurity in Western India: Characteristics of Children, Reasons for Late Presentation and Impact on Families. Vol. 665, Indian Pediatrics. 2018.
7. Shah PK. Retinopathy of prematurity: Past, present and future. World J Clin Pediatr. 2016; 5(1): 35.
8. Luo Z, Ding X, Hou N, Wan J. A Deep-Learning-Based Collaborative Edge–Cloud Telemedicine System for Retinopathy of Prematurity. Sensors. 2023; 23(1).
9. Huang YP, Vadloori S, Kang EYC, Wu WC. Computer-Aided Detection of Retinopathy of Prematurity Severity in Preterm Infants via Measurement of Temporal Vessel Width and Angle. Front Pediatr. 2022; 10.
10. González-Gonzalo C, Sánchez-Gutiérrez V, Hernández-Martínez P, Contreras I, Lechanteur YT, Domanian A, et al. Evaluation of a deep learning system for the joint automated detection of diabetic retinopathy and age-related macular degeneration. Acta Ophthalmol. 2020; 98(4):368-77.
11. Redd TK, Campbell JP, Brown JM, Kim SJ, Ostmo S, Chan RVP, et al. Evaluation of a deep learning image assessment system for detecting severe retinopathy of prematurity. British Journal of Ophthalmology. 2019; 103(5): 580-4.
12. Freeman RE. A Stakeholder Theory of Modern Corporations. 7th ed. Ethical Theory and Business; 2004.
13. Friedman AL, Miles S. Stakeholders: Theory and Practice. Oxford University Press; 2006.
14. Freeman RE. Strategic Management. Cambridge University Press; 2010.
15. Shukla R, Murthy GS, Gilbert C, Vidyadhar B, Mukpalkar S. Operational guidelines for ROP in India: A summary. Indian J Ophthalmol. 2020; 68(13):108.
16. Fadlallah R, Daher N, El-Harakeh A, Hammam R, Brax H, Bou Karroum L, et al. Approaches to prioritising primary health research: a scoping review. BMJ Glob Health. 2022; 7(5): e007465.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]

17. Saghafi F, Abbasid shahkoh K, keshtgari e. Sustainable value creation framework on stakeholder management (case study: native operating system of Iran. Modiriyatfarda. 2014; 13(39): 1-10. [In Persian].
18. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Rezvanian A, Bragazzi NL, Vatankhah S. Hepatitis C virus-related policy-making in Iran: A stakeholder and social network analysis. Health Res Policy Syst. 2019; 17(1).
19. Shaban Khamse AH, Maleki M, Tabibi SJ, Tofighi Sh. Application of Schemeer's Stakeholder Analysis to Design an Accreditation Model in Iranian Hospitals. Journal of Military Medicine. 2022; 18(4), 335-43. [In Persian].
20. Sheykhbegloo ZA, Teymoornejad K, Giyorian H, Abbaszadeh Sahroon, Y. Identification and analysis of the Stakeholders of the Food and Drug Organization of the Ministry of Health using From Dimetal technique. Healthcare management (health system). 2020; 3(37): 33-44. [In Persian].
21. Izadbakhsh H, Emami SM. Stakeholder Analysis and Modeling of the Key Actors in the Health System Transformation Plan of the Islamic Republic of Iran. Iranian public administration studies.2020; 3(2): 60-131. [In Persian].
22. SheykhOlia Lavasani, S. Dehghan Nayyeri, M., Modeling Stakeholder Interactions in the Oilseeds Sector's Food Security Using a Problem Structuring Approach 2023, 15(3), 411-66. [In Persian].
23. Heydari M, Seyedin H, Jafari M, Dehnavieh R. Stakeholder analysis of Iran's health insurance system. J Educ Health Promot. 2018; 7(1): 135.
24. Bazyar M, Rashidian A, Alipouri Sakha M, Vaez Mahdavi MR, Doshmangir L. Combining health insurance funds in a fragmented context: What kind of challenges should be considered? BMC Health Serv Res. 2020; 20(1).
25. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. Int J Equity Health. 2020; 19(1).
26. Atashbahar O, Sari AA, Takian A, Olyaeemanesh A, Mohamadi E, Barakati SH. Integrated early childhood development policy in Iran: a stakeholder analysis. BMC Health Serv Res. 2021; 21(1): 971.
27. Hinchcliff R, Greenfield D, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: A qualitative study of enabling factors. BMC Health Serv Res. 2013; 13(10).
28. Sandhu S, Ming DY, Crew C, Morreale MC, Cleveland S, Lail J, et al. Identifying Priorities to Improve the System of Care for Children With Complex Health Needs in North Carolina: Process and Outcomes of Systematic Stakeholder Engagement. Acad Pediatr. 2022; 22(6): 1041-8.
29. Newlands R, Bruhn H, Díaz MR, Lip G, Anderson LA, Ramsay C. A stakeholder analysis to prepare for real-world evaluation of integrating artificial intelligent algorithms into breast screening (PREP-AIR study): a qualitative study using the WHO guide. BMC Health Serv Res. 2024; 24(1): 569.
30. Guise V, Chambers M, Lyng HB, Haraldseid-Driftland C, Schibevaag L, Fagerdal B, et al. Identifying, categorising, and mapping actors involved in resilience in healthcare: a qualitative stakeholder analysis. BMC Health Serv Res. 2024; 24(1): 230.
31. Kim M, Kim J, Lee Y, Kim H, Lee SE, Choi SH, et al. Analysis of Stakeholder Requirements for the Development of Swallowing Health Management Services. Applied Sciences. 2024; 14(9): 3596.
32. Schmeer KK. Stakeholder Analysis Guidelines (Internet). 2019. Available from: https://www.researchgate.net/publication/265021546
33. Rivers S, Kochanowski M, Stolarek A, Ziętek-Barszcz A, Horigan V, Kent AJ, et al. A framework for the design, implementation, and evaluation of output-based surveillance systems against zoonotic threats. Front Public Health. 2023; 11.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i1.1658]