مقاله پژوهشی

# حمایت‌طلبی اولیه در مدیریت تغییر در بیمارستان‌ها باهدف بهبود بهره‌وری

**مهدی یوسفی[۱و۲]، علی اکبری ساری[۳]، زهرا ابراهیمی[۴]، سمیه فضائلی[۵*]**

۱- مرکز ارزیابی فناوری سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شمال تهران، تهران، ایران.
۵- دانشیار، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

***نویسنده مسئول:** آدرس: مشهد، بلوار وکیل‌آباد، مجتمع خوارزمی، دانشکده علوم پیراپزشکی و توانبخشی، گروه فناوری اطلاعات سلامت. شماره تماس:۰۹۱۵۵۱۲۷۹۶۳، ایمیل:fazaeli93@gmail. com، نمابر ۰۵۱۳۸۷۹۵۰۳۱

**تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۳**

## چکیده

***مقدمه:*** *به دلیل ماهیت خدمات بهداشتی و درمانی، تصمیمات منجر به تغییر در فرآیندهای بیمارستان‌ها دارای حساسیت بیشتری هستند. به همین دلیل برای مدیریت صحیح تغییر در بیمارستان، نیازمند توجه بیشتری هستیم. مطالعه حاضر با هدف ارائه چارچوبی در راستای حمایت‌طلبی اولیه در مدیریت تغییر در بیمارستان‌ها باهدف بهبود بهره‌وری انجام شد.*

***روش کار:*** *این مطالعه کاربردی به روش کیفی و تکنیک گروه اسمی با انتخاب هدفمند ۲۲ نفر شامل ۶۸ درصد زن و ۳۲ درصد مرد، دارای میانگین سابقه ۸ سال در زمینه رهبری یا مشارکت در فرآیند تغییر موفق در بیمارستان‌ها یا تحقیقات مرتبط در دانشگاه علوم پزشکی مشهد طی هشت جلسه اصلی و ۱۰ جلسه محدودتر انجام شد. مدیریت جلسات با تکنیک گروه اسمی پوتر در پنج مرحله تبیین موضوع، ایده‌پردازی، اشتراک‌گذاری ایده‌ها، بحث و رأی‌گیری انجام شد.*

***یافته‌ها:*** *چهار راهکار اصلی شامل بررسی فرهنگ پذیرش تغییر در بیمارستان در قالب شش اقدام اختصاصی (بررسی ویژگی‌ها، تاریخچه، فرهنگ تغییر، افتخارات و اقدامات مهم مرتبط در بیمارستان، شناخت کانون‌های تصمیم‌گیری و بررسی وضعیت اینرسی سکون در نهادهای بالادستی)، تحلیل ذی‌نفعان شامل (شناسایی ذی‌نفعان، تعیین منشأ و میزان قدرت و علاقه، ترسیم ماتریس مربوطه و شناسایی ذی‌نفعان کلیدی)، بررسی سطح پذیرش ذی‌نفعان کلیدی شامل (سطوح بی‌اعتقادی، اعتقاد، اعتماد و اطمینان)، درگیرسازی ذی‌نفعان کلیدی با رویکرد مشارکتی شامل (استفاده از دیالوگ، گفتگوی عمیق و شراکت‌های کاری) مورد توافق واقع شد.*

***نتیجه‌گیری:*** *مدیریت مؤثر تغییر در بیمارستان نیازمند توجه کافی به حمایت طلبی از ذی‌نفعان اصلی است. در مطالعه حاضر برای موفقیت فرآیند حمایت‌طلبی اولیه به لزوم شناخت ذی‌نفعان کلیدی و توجه به سطح پذیرش ایشان و جلب مشارکت آنها توسط استراتژی‌های مشارکتی مناسب در قالب فرهنگ سازمانی اشاره شد.*

***واژگان کلیدی:*** *حمایت‌طلبی اولیه ، مدیریت تغییر، بیمارستان، بهره‌وری*

## مقدمه

سازمان‌ها در جوامع با اهداف مشخصی طراحی می‌شوند و در موارد متعددی سازمان برای انطباق با نیازهای گیرندگان خدمات خود و تحقق اهداف اساسی که برای آنها تشکیل شده، نیازمند تغییر و تحول است [۱]. تغییر و تحول در سازمان‌ها به این معناست که فعالیت‌های سازمان از وضعیت موجود به یک وضعیت متفاوت درمی‌آید. تغییر می‌تواند در رفتارها، فرآیندها، ساختارها، خط مشی‌ها و یا برون دادهای سازمان نمود یابد [۲]. امروزه تغییر در بیشتر سازمان‌ها پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است و سازمان‌ها برای ماندن در



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

عرصه رقابت و کسب موفقیت و حفظ مشتریان، بایستی خود را با نیازمندی‌های جدید همسو سازند [۳]. در این راستا یکی از نظریه‌های پرکاربرد برای مدیران سازمان‌ها، مدیریت است که به عنوان فرآیندی راهبردی و برنامه‌ریزی شده در راستای ارتقای بهره‌وری و تحقق اهداف سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۴].

بیمارستان‌ها نیز از این امر مستثنی نیستند. مدیران باید همواره تغییراتی در بیمارستان ایجاد کنند تا با محیط پیرامون خود به تعادل برسند. این تغییرات اکثرا در راستای تشویق و ترغیب کارکنان و ذی‌نفعان به پذیرش روش‌های جدید کاری است. از طرف دیگر به دنبال یک تغییر سازمانی، رفتارهای فردی و گروهی در سازمان میتواند به شکل‌های گوناگونی نمایان شود که حدود این رفتار از موافقت تا مقاومت در مقابل یک تغییر دیده می‌شود [۵].

پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که بسیاری از برنامه‌های مدیریت تغییربه نتیجه نمی‌رسند. به عنوان نمونه در پژوهشی نشان داده شده که دو سوم برنامه‌های مدیریت تغییر با شکست مواجه شده اند [۴]. تغییر در بسیاری از سازمان‌ها، ناامیدکننده، ویرانگر و فاجعه‌آمیز بوده و منجر به اتلاف منابع، تبدیل کارکنان به افرادی خسته، نگران و ناامید شده است [۶. ۷].

در چنین دنیای رقابتی و ناپایداری، سازمان‌هایی موفق‌تر عمل می‌کنند که با سرعت بیشتری هم‌راستا با تغییرات پیش روند. طبق مطالعات مرتبط با مدیریت تغییر یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در این مسیر برای سازمان‌ها، آماده نبودن آنها و کارکنانشان برای تغییرات است و ایجاد ارتباط و مشارکت ذی‌نفعان برای تمام اقدام‌های تغییر امری مهم بوده و افراد سازمان نباید تغییر را تحمیلی تصور کنند. آنها آمادگی سازمان را به صورت حدودی که کارکنان نگرش و دیدگاه مثبتی درباره تغییر دارند و معتقدند که چنین تغییری احتمالا پیامدهای مثبتی برای خودشان و برای سازمان دارد بیان می‌کنند [۸].

در این راستا ضروری است مدیران در مرحله اول تغییر، روش‌هایی را برای آمادگی کارکنان و به ویژه ذی‌نفعان اصلی تغییر به کار گیرند و آنها را با دلایل تغییر آشنا سازند [۹]. از الگوهایی که به‌عنوان الگوی‌های تغییر بیان شده‌اند می‌توان به الگوی لوین[1]، اقدام پژوهی[2]، کاتر[3]، اندرسون و اکرمن اندرسون[4]، پروسی[5]، کیلمن[6]، پیوستار[7]، بیر[8] و گلیچر[9] اشاره کرد [۱۰].

بررسی گام‌های هر یک از مدل‌های ذکر شده نشان می‌دهد که آگاه‌سازی ذی‌نفعان و مشارکت‌دادن ایشان در فرآیند تغییر یک اصل مهم و تعیین‌کننده در میزان موفقیت اجرای تغییر مذکور است [۱۱]. آنچه که در مدل‌های ذکر شده به‌عنوان یک خلأ احساس می‌شود، فقدان یک راهبرد و برنامه شفاف برای مرحله حمایت‌طلبی و درگیرسازی ذی‌نفعان تغییر در فرآیند مدیریت تغییر است. به نظر قبل از هر اقدامی می‌بایست برخی سؤالات برای مدیریت بهینه فرآیند تغییر پاسخ داده شود. به‌عنوان مثال چه فرد/افرادی می‌بایست در مرحله‌ای که هنوز طرحی برای تغییر آماده نشده، در فرآیند تصمیم‌گیری برای انجام یک تغییر مشارکت داشته باشند و بعد از آنکه طرح تغییر آماده شد چه فرد/افرادی می‌بایست قبل از اجرای تغییر مورد حمایت‌طلبی قرار گیرند. مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که چگونه می‌توان قبل و بعد از اجرای مدیریت تغییر یک حمایت‌طلبی مناسب داشته باشیم.

## روش کار

این پژوهش کاربردی به‌صورت کیفی در قالب نشست متخصصان و با استفاده از تکنیک گروه اسمی انجام پذیرفت. محیط انجام پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد با تمرکز بیشتر در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) شهر مشهد بود. این مجتمع دارای حدود ۱۰۰۰ تخت فعال و ۴۰۰۰ نفر پرسنل است. پانل متخصصان شامل ۲۲ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان دارای

1. Lewin
2. Action research
3. Kotter
4. Ackerman-Anderson & Anderson
5. Prosci
6. Kilman
7. Contnium
8. Beer
9. Gleicher



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

سوابق رهبری یا مشارکت در یک فرآیند تغییر موفق در سطح بیمارستان و یا دارای مطالعات و پژوهش‌های مرتبط بودند. این افراد در رشته‌های شغلی متنوع در حوزه‌های کاری بهبود کیفیت و ایمنی، پشتیبانی، پرستاری، پاراکلینیک، منابع انسانی و درمان فعالیت داشتند. در بین این افراد سه نفر عضو هیئت‌علمی در رشته‌های مرتبط با علوم مدیریت و اقتصاد سلامت حضور داشتند (جدول ۱). در این مرحله تکنیک گروه اسمی (روش NGT)[10] ارائه شده توسط پاتر برای توافق سنجی و جمع‌بندی پیشنهادهای ارائه شده مورد استفاده قرار گرفت (۱۲). این تکنیک در پنج گام اجرا شد. گام اول، ارائه مقدمه و توضیح موضوع مورد بحث بود. این گام شامل خوش‌امدگویی و توضیح هدف و روند برگزاری جلسات بود. سپس سعی شد به‌صورت کامل موضوع مورد بحث برای تمام اعضای پانل متخصصان طی سه جلسه متوالی شرح داده شود. تلاش شد هرگونه ابهام درمورد موضوع حل شود و اعضا به‌درستی بدانند که مسئله چیست و چه ابعادی دارد. در ابتدای هر جلسه خلاصه یافته‌های اصلی جلسه قبل به مدت ۱۰ دقیقه برای شرکت‌کنندگان ارائه می‌شد. همچنین سؤالات و ابهامات شرکت‌کنندگان درمورد مطالعه پاسخ داده می‌شد.

در گام دوم به هر یک از شرکت‌کنندگان یک برگه کاغذ داده شد که بر روی آن دو سؤال اصلی مطالعه نوشته شده بود: «به‌صورت کلی باید چه مواردی را در حمایت‌طلبی اولیه برای مدیریت تغییر در نظر داشته باشیم؟» و «هر یک از این موارد/ ابعاد کلی چه زیر ابعادی دارد؟». از آنها خواسته شد تمام ایده‌هایی را که هنگام بررسی سؤالات به ذهنشان خطور می‌کند، یادداشت کنند. در این مدت از شرکت‌کنندگان خواسته شد درمورد ایده‌های خود با دیگران مشورت نکنند یا درمورد آنها صحبت نکنند و هر ایده‌ای را که به ذهنشان می‌رسد، بنویسند و هرچه به ذهنشان خطور می‌کند، روی کاغذ بیاورند. برای این کار ۲۰ دقیقه به شرکت‌کنندگان زمان داده شد.

در گام سوم، اجرای تکنیک گروه اسمی، اشتراک‌گذاری ایده‌ها صورت پذیرفت. برای این کار از شرکت‌کنندگان دعوت شد تا ایده‌هایی را که نوشته‌اند با صدای بلند بخوانند و تسهیل‌گر جلسه آنها را پای تخته می‌نوشت. در این مرحله هیچ بحثی درمورد ایده‌ها وجود نداشت و شرکت‌کنندگان تشویق می‌شدند هر ایده جدیدی را که ممکن است از آنچه دیگران به اشتراک می‌گذارند ناشی شود، به ایده‌های خود اضافه کنند. این مرحله ۳۰ دقیقه طول کشید.

در گام چهارم، بحث گروهی صورت پذیرفت. از شرکت‌کنندگان دعوت شد توضیحات شفاهی یا جزئیات بیشتر درمورد هر یک از ایده‌ها را ارائه دهند. در این مرحله ابتدا روی ابعاد اصلی بحث شد و سپس درخصوص اقدامات تبادل نظر صورت گرفت. وظیفه تسهیلگر این بود که اطمینان حاصل کند هر فرد به‌اندازه کافی مشارکت دارد و بحث درباره همه ایده‌ها بر حسب زمان موردنیاز انجام شود. موضوع مهم این بود که اطمینان حاصل شود که فرآیند تا حد امکان بی‌طرف است و از قضاوت و انتقاد اجتناب شود. این مرحله ۴۵-۳۰ دقیقه طول کشید.

گام پنجم، رأی‌گیری و رتبه‌بندی ایده‌های ثبت شده در ارتباط با دو سؤال اصلی بود. ایده‌ها را بر اساس ارتباط با سؤال اصلی، کارآیی، تعداد موافقت‌ها و مخالفت‌ها رتبه‌بندی شدند و راه‌حل‌هایی که بالاترین رتبه‌بندی را به خود اختصاص داده‌اند، به‌عنوان ایده‌های نهایی انتخاب شدند. متغیرهای دیگر مانند اجرایی بودن ایده، هزینه‌های زمانی و مالی برای اجرای ایده، انطباق با فرهنگ سازمانی و اعتقادی ذی‌نفعان و داشتن تجربه قبلی مثبت از ملاک‌های امتیازدهی به ایده‌ها بودند که در نظر گرفته شدند. در این مرحله ایده‌هایی که موافقت حداقل ۷۵ درصد شرکت‌کنندگان را کسب می‌کردند نهایی می‌شدند. ایده‌هایی که موافقت ۵۰ تا ۷۵ درصد افراد را کسب کرده بودند، توسط ارائه‌دهنده ایده شفاف‌تر بیان می‌شدند و مورد بحث مجدد موافقان و مخالفان قرار می‌گرفت و مجدداً درمورد آنها رأی‌گیری صورت می‌گرفت.

در مجموع در مراحل مختلف حدود هشت جلسه با حضور مشارکت‌کنندگان برگزار شد. علاوه بر این بیش از ده جلسه با حضور تیم اصلی پژوهش برگزار شد. به لحاظ رعایت موارد اخلاق در پژوهش رضایت کلیه مشارکت‌کنندگان برای شرکت در جلسات به‌صورت شفاهی در زمان دعوت در جلسه اخذ شد. جمع‌بندی داده‌ها در نرم‌افزار اکسل ۲۰۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها**

همان‌طور که در روش کار عنوان شد، ۲۲ نفر در مطالعه

10. Nominal Group Technique



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

حاضر مشـــارکت داشـــتند. اکثر مشـــارکت‌کنندگان زن (۶۸ درصد)، بیشـــتر از ۴۰ سال سن (۶۰ درصد)، دارای تحصیلات کارشناســـی ارشد (۴۱ درصد) و ســـابقه کاری ۱۰ تا ۱۵ سال (۵۰ درصد) بودند. (جدول ۱).

**جدول ۱- ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در جلسات نشست متخصصان**

| شاخص | متغیر | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنس | زن | ۱۵ | ۶۸ |
| | مرد | ۷ | ۳۲ |
| سن | ۴۰و کمتر از ۴۰ سال | ۹ | ۴۰ |
| | بیشتر از ۴۰ سال | ۱۳ | ۶۰ |
| تحصیلات | لیسانس | ۶ | ۲۷ |
| | فوق‌لیسانس | ۹ | ۴۱ |
| | دکترای تخصصی | ۴ | ۱۸ |
| | متخصص بالینی | ۳ | ۱۴ |
| سابقه کار(سال) | ۱۰-۱۵ | ۱۱ | ۵۰ |
| | ۱۵-۲۰ | ۸ | ۳۶ |
| | بالای۲۰ | ۳ | ۱۴ |

بعد از اجرای گام‌های مختلف، تکنیک گروه اســـمی برای انتخـــاب ایده‌های برتر بـــرای حمایت‌طلبی اولیه در پروژه‌های مدیریت تغییر، پنج بعد اصلی از ایده‌های ارائه شـــده استخراج شد.

بررســـی فرهنگ تغییر و پذیرش تغییر در سازمان شامل: شناســـایی ویژگی‌هـــای دموگرافیـــک و ماهیتی بیمارســـتان، تاریخچـــه بیمارســـتان، شناســـایی و تحلیـــل فرهنـــگ تغییر بیمارســـتان بر اساس یک مدل مناســـب مانند مدل دنیسون، تحلیل و شناسایی کانون‌های تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در حوزه کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان، بررسی وضعیت اینرســـی سکون در نهادهای بالادستی بیمارستان (مانند ستاد دانشـــگاه علوم پزشـــکی مرتبـــط)، افتخـــارات و اقدامات مهم بیمارســـتان و سوابق بیمارستان در حوزه تغییر شامل: بررسی رفتارشناسی رؤســـای بیمارستان در حداقل ۱۰ سال گذشته، تحلیـــل ذی‌نفعـــان، شناســـایی ذی‌نفعان داخلـــی و خارجی، تعیین منشأ منافع و قدرت هر یک از ذی‌نفعان، تعیین میزان علاقه‌مندی (منفعت) و قدرت ذی‌نفع، ترســـیم ماتریس علاقه قـــدرت، انتخاب ذی‌نفعـــان کلیدی بـــرای حمایت‌طلبی اولیه (ذی‌نفعـــان دارای میزان منافع و قدرت بیشـــتر از متوســـط). بررســـی ســـطح پذیرش ذی‌نفعان کلیدی شـــامل: سطح اول: بی‌اعتقادی/ناباوری (پذیرش زبانی ندارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع ندارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد)، سطح دوم: اعتقاد یا باور (پذیـــرش زبانی دارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع ندارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد)، سطح ســـوم: اعتماد (ایمان) (پذیـــرش زبانـــی دارد - پذیرش قلبی یعنـــی علاقه به موضوع دارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد)، ســـطح چهارم: اطمینان (یقین) (پذیرش زبانی دارد - پذیرش قلبـــی یعنی علاقه به موضـــوع دارد - پذیرش کامل و آگاهانه دارد)، ســـطح پنجم: مدیر تغییر (یقین) (پذیرش زبانی دارد - پذیـــرش قلبی یعنی علاقه به موضـــوع دارد - پذیرش کامل و تســـلط بر مبانی نظری موضوع دارد). درگیرســـازی ذی‌نفعان کلیدی با رویکرد مشـــارکتی شامل: استفاده ارتباطات یکسویه (مانند به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات، آموزش، سخنرانی)، مشاوره بنیادی (مانند جلسات بحث و تبادل نظر، ارزیابی محیط کار)، دیالوگ، گفتگوی عمیق (مانند گردهمایی ذی‌نفعان چندگانه، میزگردهای مشورتی)، شـــراکت‌های کاری (مانند انجام تغییر به‌عنوان یک برند یا سرمایه‌گذاری‌های مشترک، انجام یک کار مبتکرانه). درصد توافق روی ابعاد در جدول ۲ ذکر شده است.

بررســـی فرهنـــگ تغییـــر و پذیـــرش تغییر در ســـازمان (توافق۱۰۰درصـــد)، تحلیل ذی‌نفعان (۱۰۰درصد)، بررســـی ســـطح پذیـــرش در بیـــن ذی‌نفعان کلیـــدی در پنج ســـطح (۹۵درصد)، درگیرسازی ذی‌نفعان کلیدی با رویکرد مشارکتی (۹۱درصد) و بررســـی الزامات اجرایی پروژه تغییر (۴۱درصد) بودند. بعد بررسی الزامات اجرایی پروژه تغییر با توجه به توافق کمتر از ۵۰ درصد از لیســـت ایده‌های پیشـــنهادی حذف شد. جدول ۲ نتایج حاصل از روش گروه اسمی درخصوص اقدامات اختصاصی برای هر یک از ابعـــاد اصلی حمایت‌طلبی اولیه در فرآیند مدیریت تغییر را نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۲ دیده می‌شـــود در بعد بررســـی فرهنگ تغییـــر و پذیرش تغییر در ســـازمان اقدام اختصاصی شناســـایی و تحلیل فرهنگ تغییر بیمارســـتان بر اساس یک مدل مناسب مانند مدل دنیسون بیشترین توافق (۹۵ درصد) را داشته اســـت. اقدام اختصاصی شناســـایی ذی‌نفعان داخلی و خارجـــی (۱۰۰ درصـــد) و انتخاب ذی‌نفعـــان کلیدی برای



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

حمایت‌طلبی اولیه (۱۰۰ درصد) در بعد تحلیل ذی‌نفعان بیشترین رأی را در نشست متخصصان کسب کرده‌اند. در بعد مربوط به بررسی سطح پذیرش در بین ذی‌نفعان کلیدی نظام چهارسطحی برای بررسی سطح پذیرش ذی‌نفعان کلیدی مورد توافق قرار گرفت (توافق بین ۸۶ تا ۹۵ درصد). استفاده از تکنیک‌های شراکت‌های کاری در بعد درگیرسازی ذی‌نفعان کلیدی با رویکرد مشارکتی بیشترین توافق (۹۱ درصد) را در بین مشارکت‌کنندگان کسب کرده است.

**جدول ۲- میزان توافق شرکت‌کنندگان درخصوص اقدامات اختصاصی برای حمایت‌طلبی اولیه در فرآیند مدیریت تغییر در بیمارستان**

| اقدامات اختصاصی برای حمایت‌طلبی اولیه | میزان توافق (درصد) |
|---|---|
| شناسایی ذی‌نفعان داخلی و خارجی | ۱۰۰ |
| انتخاب ذی‌نفعان کلیدی برای حمایت‌طلبی اولیه (ذی‌نفعان دارای میزان منافع و قدرت بیشتر از متوسط) | ۱۰۰ |
| شناسایی و تحلیل فرهنگ تغییر بیمارستان براساس یک مدل مناسب مانند مدل دنیسون | ۹۵ |
| تعیین منشأ منافع و قدرت هر یک از ذی‌نفعان | ۹۵ |
| تعیین میزان علاقه‌مندی (منفعت) و قدرت ذی‌نفع | ۹۵ |
| ترسیم ماتریس علاقه قدرت | ۹۵ |
| سطح سوم پذیرش : اعتماد (ایمان) (پذیرش زبانی دارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع دارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد) | ۹۵ |
| سطح چهارم پذیرش: اطمینان (یقین) (پذیرش زبانی دارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع دارد - پذیرش کامل و آگاهانه دارد) | ۹۵ |
| تحلیل و شناسایی کانون‌های تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در حوزه کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان | ۹۱ |
| افتخارات و اقدامات مهم بیمارستان و سوابق بیمارستان در حوزه تغییر | ۹۱ |
| سطح دوم پذیرش: اعتقاد یا باور (پذیرش زبانی دارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع ندارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد) | ۹۱ |
| شراکت‌های کاری (مانند انجام تغییر به‌عنوان یک برند یا سرمایه‌گذاری‌های مشترک، انجام یک کار مبتکرانه) | ۹۱ |
| سطح اول پذیرش: فقدان اعتقاد/باور (پذیرش زبانی ندارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع ندارد - پذیرش کامل و آگاهانه ندارد) | ۸۶ |
| دیالوگ، گفتگوی عمیق (مانند گردهمایی ذی‌نفعان چندگانه، میزگردهای مشورتی) | ۸۶ |
| بررسی وضعیت اینرسی سکون در نهادهای بالادستی بیمارستان (مانند ستاد دانشگاه علوم پزشکی مرتبط) | ۸۲ |
| شناسایی ویژگی‌های دموگرافیک و ماهیتی بیمارستان | ۷۷ |
| تاریخچه بیمارستان | ۷۷ |
| مشاوره بنیادی (مانند جلسات بحث و تبادل نظر، ارزیابی محیط کار) | ۴۵ |
| بررسی رفتارشناسی رؤسای بیمارستان در حداقل ۱۰ سال گذشته | ۳۶ |
| استفاده ارتباطات یکسویه (مانند به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات، آموزش، سخنرانی) | ۳۲ |
| سطح پنجم پذیرش: مدیر تغییر (یقین) (پذیرش زبانی دارد - پذیرش قلبی یعنی علاقه به موضوع دارد - پذیرش کامل و تسلط بر مبانی نظری موضوع دارد) | ۲۳ |

## بحث

مطالعه حاضر با هدف استخراج اقدامات برای انجام حمایت‌طلبی اولیه در مدیریت تغییر در بیمارستان‌ها به‌منظور بهبود بهره‌وری انجام شد. یافته‌های حاصل از مطالعه فعلی نشان داد که برای تحقق یک تغییر بهینه در سطح بیمارستان می‌بایست برنامه حمایت‌طلبی اولیه برای تغییر را باتوجه به چهار بعد اصلی برنامه‌ریزی کرد. این ابعاد شامل بررسی فرهنگ تغییر و پذیرش تغییر در سازمان، تحلیل ذی‌نفعان، بررسی سطح پذیرش در بین ذی‌نفعان کلیدی، درگیرسازی ذی‌نفعان کلیدی با رویکرد مشارکتی است.

همان‌طور که در متون اشاره شده، مدیریت تغییر به فرآیند برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل تغییرات در یک سازمان اشاره دارد. این فرآیند به منظور انتقال از وضعیت فعلی به وضعیت آینده مطلوب برای بهبود عملکرد، کارآیی و اثربخشی انجام می‌شود. تغییر می‌تواند در جنبه‌های مختلفی از یک سازمان، از جمله فرآیندها، سیستم‌ها، فناوری، ساختار، فرهنگ و افراد رخ دهد. طبق یافته‌های مطالعات مرتبط پیشین اجرای برنامه‌های مدیریت تغییر نیازمند حمایت و آمادگی حداکثری ذی‌نفعان و مدیران سازمان است. این حمایت از اجرای تغییر در سازمان با تمرکز بر بهبود بهره‌وری، مستلزم پایبندی فرهنگ تغییر و ایمنی، حمایت رهبری قوی و تعهد مداوم به بهبود مستمر کیفیت است [۱۳].

به دلیل حساسیت‌های خدمات سلامت، مدیریت تغییر در نهادهای ارائه دهنده خدمات سلامت اهمیت بیشتری دارد [۱۴]. زیرا به دنبال یک تغییر در بیمارستان، ممکن است فرآیندهای درمانی و مراقبتی از بیماران دچار تغییرات بسیار مهمی شود. در این راستا توجه به ذی‌نفعان کلیدی در بیمارستان‌ها به عنوان یک عامل کلیدی در اثربخشی تغییرات مورد توجه اکثر مطالعات مرتبط قرار گرفته، زیرا این ذی‌نفعان با ارزش‌آفرینی، تداوم فعالیت سازمان را تضمین می‌کنند. آنها با استفاده از منابع قدرت مختلفی که در اختیار دارند،



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

مانند دانش، مشـــروعیت، انگیزه، شهرت و غیره، نقش مهمی در اجرای صحیح تصمیمات در ســطح ســازمان ایفا می‌کنند [۱۵,۱۶].

در دنیای پیچیده و دشوار امروز بیمارستان‌ها پی برده‌اند که بدون داشـــتن نیروی متعهد و متخصص قادر نخواهند بود پاسخگوی نیازهای روزافزون سیستم بهداشت و درمان باشند. از ایـــن رو نقـــش متخصصان مراقبت‌های بهداشـــتی در ایجاد تصمیم و جدید منجر به تغییر فرآیندها بســـیار پررنگ است. از آنهـــا انتظار می‌رود به طور کامـــل در بهبود فرآیند مراقبت مشارکت داشته باشند و باید به‌عنوان حامیان قوی بیمار عمل کننـــد[۱۷]. این موضوع با یافته‌های مطالعه حاضر درخصوص اهمیـــت تحلیل ذی‌نفعان، بررســـی ســـطح پذیرش ایشـــان و درگیرسازی ذی‌نفعان کلیدی در فرآیند تغییر هم‌راستاست.

مدیریت موثر تغییرات در محیط پر چالش و پویای کنونی در سطح بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین هنرها و وظایف مدیران بیمارستان‌هاست. بنابراین به نظر می‌رسد برای رسیدن به این هدف نیاز به مدل‌های کاربردی و بومی مناســـب برای آموزش مدیران است [۱۸].

این در حالی اســـت که متاســـفانه شـــاهد فقـــدان ادبیات علمی و بومی شـــده کافی درخصوص فرآینـــد مدیریت تغییر هســـتیم. در این خصوص ایجاد یک برنامه منظم و با گام‌های مشـــخص برای تغییر می‌توانـــد در نهایت فرصت‌های جدیدی را پیش روی ســـازمان‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت قرار دهد و مدیریت تغییر را به فرآیندی سیستماتیک تبدیل سازد [۱۹]. در مطالعه حاضر تمرکز بر گام اول مدیریت تغییر یعنی حمایت‌طلبی اولیه بـــود و برای تحقق مؤثر این گام چارچوبی شـــفاف ارائه شد. این در حالی اســـت که در مدل‌های مختلف تغییـــر معمولا به موضـــوع حمایت‌طلبی یا حساس‌ســـازی به صورت کلی اشاره شده [۲۰]، اما آنچه مطالعه حاضر را متمایز می‌ســـازد، بســـط این موضوع به صورت گام به گام اســـت که حمایت‌طلبـــی برای مدیریت تغییر را به صورت ملموس و گام به گام برای مدیران ارائه داده است [۲۱].

از طـــرف دیگـــر در طراحی، ارزیابـــی و اجرای مداخلات مراقبت‌هـــای بهداشـــتی باید «میـــزان پذیـــرش» ذی‌نفعان نیـــز در نظر گرفته شـــود. با این حال، ادبیات منتشـــر شـــده راهنمایـــی کمی درمورد چگونگی تعریف یا ارزیابی مقبولیت یا پذیـــرش یک پـــروژه تغییر ارائـــه می‌دهد. بـــر طبق اکثر مطالعات پیشین، مقبولیت یا پذیرش یک ساختار چندوجهی اســـت که نشان‌دهنده «میزانی اســـت که افرادی که مداخله مراقبت‌های بهداشـــتی را ارائه می‌کنند یا دریافت می‌کنند و آن را مناسب پاسخ‌های شـــناختی و هیجانی پیش‌بینی‌شده یا تجربه‌شـــده مربوط به مداخله می‌دانند». چارچوب نظری مقبولیت از هفت ســـاختار مؤلفه تشـــکیل شده است: نگرش عاطفی، بار، اثربخشـــی درک شـــده، اخلاق‌مداری، انســـجام مداخلـــه، هزینه فرصت و خودکارآمدی [۲۲]. در این مطالعه نیز حمایت‌طلبی از ســـوی ذی‌نفعان در قالب کسب پذیرش و نظر مثبت آنها درخصـــوص اجرای تغییرات به عنوان یکی از ابعاد اصلی حمایت‌طلبی عنوان شـــده اســـت. نکته مهم در این مطالعه توجه به درگیرســـازی ذی‌نفعان بر اســـاس سطح پذیرش ایشان است. اســـتراتژی‌های مورد استفاده برای یک ذی‌نفع کلیـــدی قرار گرفته در ســـطح دو می‌تواند به‌صورت کامل با استراتژی‌های مورداستفاده برای یک ذی‌نفع کلیدی قرار گرفته در سطح سه متفاوت باشد. به وضوح روشن است که نبود تناســـب بین اســـتراتژی‌های مورد استفاده و سطوح قرارگیـــری ذی‌نفعان به لحاظ پذیرش موضوع تغییر می‌تواند کل فرآیند را مختـــل و درجه موفقیت تغییر را کاهش دهد، بدین‌معنا که برای اقناع و جلب حمایت هر طیف از ذی‌نفعان نیاز به استفاده از راهکارهای متفاوتی است که در این مطالعه به تفکیک بیان شده است.

همچنین یکی از سازوکارهای مهم و پایه‌ای که سازمان‌ها را در مســـیر تعالی قـــرار می‌دهد، ایجاد تغییـــرات دائمی در همه ابعاد و جنبه‌های ســـازمانی است. زیربنای ایجاد و دوام تغییر و تحول سازمانی، ایجاد بسترهای اجتماعی و فرهنگی اســـت. در این زمینه، یکی از رســـالت‌های کلیـــدی رهبران ســـازمان‌ها، اصلاح فرهنگ ســـازمانی اســـت [۲۳]. فرهنگ ســـازمانی مجموعـــه‌ای از مفروضـــات، اعتقـــادات، ارزش‌ها، نگرش‌ها، اندیشـــه‌ها، هنجارها، احساسات، اعمال و رفتارهای مشترک بین کارکنان یک سازمان است و ریشه در تاریخچه و سنت‌های سازمان دارد [۲۴].

عواملی مانند فرهنگ ملی، قوانین ملی، سازمانی، تاریخچه سازمانی، دورنمای موسسان و مدیران سازمان، سبک مدیران و نـــوع کارکنان بر فرهنگ ســـازمان اثر می‌گـــذارد. به عبارتی



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

فرهنگ در حقیقت شخصیت سازمان است [۲۵]. فرهنگ سازمانی، تأثیر به‌سزایی بر رفتار مدیران و کارکنان در تمام سطوح سازمان دارد و می‌تواند توانایی سازمان را در مدیریت تغییر تحت تأثیر قرار دهد. در مطالعه حاضر بررسی فرهنگ تغییر و پذیرش تغییر در سازمان به‌عنوان یک بعد اصلی در فرآیند حمایت‌طلبی اولیه ذکر شده است. طبق متون حدود ۵۰ درصد موفقیت استراتژی‌های سازمانی به فرهنگ سازمانی بستگی دارد [۲۶].

بیمارستان از گروه‌های بالینی، اداری و پشتیبانی متعدد و پیچیده با مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها و رفتارهای متفاوتی تشکیل شده است. خرده‌فرهنگ‌های خاص متعلق به ذی‌نفعان اصلی در بیمارستان ممکن است کاتالیزورهای قدرتمندی برای نوآوری و تغییر باشند یا نسبت به تغییرات مقاومت کنند و برنامه‌ها و استراتوی‌های تغییر را تضعیف کنند. تشخیص فرهنگی و درک تنوع خرده‌فرهنگ‌های سازمانی باید همواره مورد توجه مدیران بیمارستان‌ها باشد [۲۱].

واضح است که نمی‌توان فرهنگ سازمان را در کوتاه‌مدت و به سادگی تغییر داد. کارکنان در مقابل تغییر فرهنگ سازمانی مقاومت می‌کنند. نیاز به برنامه مهندسی فرهنگ سازمانی با اهداف مشخص و تعهد مدیران و کارکنان برای اجرا دارد [۵]. ابعاد اصلی و اقدامات اختصاصی معرفی شده در مطالعه حاضر اگر چه با تمرکز بر محیط بیمارستان استخراج شده‌اند، اما به نظر قابلیت استفاده در سایر نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت و سازمان‌های خارج از نظام سلامت را داشته باشد. بدیهی است در این خصوص ممکن است نیاز به برخی تعدیلات یا در نظر گرفتن برخی ملاحظات باشد.

مطالعه حاضر مانند همه مطالعات مشابه دارای نقاط قوت و محدودیت‌هایی بوده است. تمرکز بر ارائه یک چارچوب اجرایی به‌منظور حمایت‌طلبی اولیه در فرآیند مدیریت تغییر و ارائه یک مدل برای بررسی سطح پذیرش ذی‌نفعان کلیدی از جمله مهم‌ترین نقاط قوت مطالعه حاضر است. نبود دسترسی تیم پژوهش به سایر افراد دارای تجربیات مشابه در سایر بیمارستان‌های داخل و خارج از کشور به‌عنوان یک محدودیت جدی پیش روی محققان در مطالعه حاضر بوده است. این محدودیت خود می‌تواند به‌عنوان یک راهنما برای انجام مطالعات مشابه در سایر محیط‌های درمانی و غیردرمانی مورداستفاده قرار گیرد.

## نتیجه‌گیری

متون مدیریتی و سازمانی بارها نشان داده‌اند که مدیریت تغییر مؤثر و رهبری قوی به طور قابل توجهی بر میزان موفقیت اجرای طرح‌ها/پروژه‌های سازمانی تأثیر می‌گذارد. از طرف دیگر فقدان حمایت قوی از سوی مدیران و ذی‌نفعان کلیدی که به دلیل نداشتن درک صحیح از مسئله و یا نبود علاقه‌مندی به مشارکت در پروژه بوده که همواره از علل اصلی شکست در پروژه‌های سازمانی بوده است. در مطالعه حاضر برای موفقیت فرآیند حمایت‌طلبی اولیه به لزوم آگاهی از ذی‌نفعان کلیدی و توجه به سطح پذیرش ایشان و درگیرسازی ذی‌نفعان با استراتژی‌های مشارکتی مناسب در یک فرهنگ سازمانی درک شده اشاره شده است.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

تصمیم‌گیران نظام سلامت همواره در معرض اتخاذ تصمیماتی هستند که ماهیت آن تصمیمات تغییر است. مدیریت مؤثر تغییرات در نظام سلامت باعث استفاده بهینه از منابع و افزایش احتمال موفقیت اجرای پروژه‌های مربوطه است. مطالعه حاضر چارچوبی را در اختیار تصمیم‌گیران نظام سلامت قرار می‌دهد که از طریق آن می‌توانند در مرحله اول تغییر که حمایت‌طلبی اولیه از ذی‌نفعان کلیدی است، بتوانند به‌صورت مؤثر حمایت‌طلبی خود را به انجام برسانند. انجام موفقیت‌آمیز مرحله اول تغییر می‌تواند سایر مراحل را تسهیل کرده و احتمال موفقیت اجرای پروژه‌های مربوطه را به‌صورت قابل توجهی افزایش دهد. از آنجا که اکثر بیمارستان‌های دولتی دارای دانشجویان و اساتید بالینی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم تحت تاثیر یا حتی مجری بسیاری از تغییرات در سطح بیمارستان‌ها هستند که به آنها ابلاغ می‌شود، مشارکت آگاهانه در فرآیندهای مشارکت ذی‌نفعان در تصمیم‌گیری در سطح بیمارستان توسط کادر آموزش در بیمارستان می‌تواند در بهبود تصمیم‌گیری و اجرای موثر تر تصمیمات بسیار تاثیرگذار باشد.

**تشکر و قدردانی**



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

نویســندگان بــر خــود لازم می‌دانند از کلیــه کارکنان و اعضای هیئت علمی مجتمع بیمارســتانی امام رضا (ع) شــهر مشــهد و همچنین کلیه مدیران میانــی و عملیاتی مجتمع و مدیران دانشــگاه علوم پزشکی مشهد تشکر کنند. این تحقیق بخشــی از یــک پروژه بزرگ تصویب شــده در مؤسســه ملی تحقیقات جمهوری اســلامی ایران (شــماره گرنت ۹۹۰۳۱۵) اســت. همچنین پروتــکل مطالعه مورد تأییــد کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشــکی تهران (کد اخلاق: IR. TUMS. NIHR. REC. 1400. 012 ) قرار گرفته است.

**References**

1. Pahl C. Managing evolution and change in web-based teaching and learning environments. Computers & Education. 2003;40 (2):99-114.
2. Mohammadi J, Nadaf M, Safarian S. Explaining the effect of organizational trust and organizational health on resistance to change in the government employees by considering the mediated role of organizational commitment (The case: Municipality of Ahvaz). Journal of Public Administration. 2017;9 (1):85-106. (in Persian)
3. Yarmohammadi M, Moeini A, Badie K. Change Management in Business Processes. Journal of Information Technology Management. 2012;4 (11):175-95.
4. Jahangir M, Khorakian A. Toward a Model for Risks of Change Management Process in Teaching Hospitals. Journal of Modern Medical Information Sciences. 2021;7 (3):31-9. (in Persian)
5. Thokozani S, Maseko B. Strong vs. weak organizational culture: Assessing the impact on employee motivation. Arabian Journal of Business and Management Review. 2017;7 (1):2-5.
6. Najafbagy RJS, Branch R. Change management: A glance at Iran public administration. 1st ed. Iran: Islamic Azad University; 2009:47-56. (in Persian)
7. Stetler CB, Ritchie J, Rycroft-Malone J, Schultz A, Charns MJIS. Improving quality of care through routine, successful implementation of evidence-based practice at the bedside: an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change. Implementation Science 2007; 2:3.
8. Lewis L. Organizational change: Creating change through strategic communication:2st ed. U. S: John Wiley & Sons; 2019:52-84.
9. LeTourneau B. Managing physician resistance to change. J Healthc Manag. 2004;49 (5):286-8.
10. Delgoshaei B, Asefpour-Vakilian M, Meleki M, Nasiripour A. Change management in Iranian hospitals: social factors model. Alborz University Medical Journal. 2012;1 (1):13-22. (in Persian)
11. de Fátima Nery V, Franco KS, Neiva ER. Attributes of the organizational change and its influence on attitudes toward organizational change and well-being at work: A longitudinal study. The Journal of Applied Behavioral Science. 2020;56 (2):216-36.
12. Potter M, Gordon S, Hamer P. The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research. NZ Journal of Physiotherapy. 2004;32 (3):126-30.



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

13. Hughes RG. Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. US: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:120-144.
14. Milella F, Minelli EA, Strozzi F, Croce D. Change and Innovation in Healthcare: Findings from Literature. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:395-408.
15. Delgoshaei B, Asefpour-Vakilian M, Meleki M, Nasiripour AA. Change management in Iranian hospitals: social factors model. Iran:Alborz University Medical Journal ; 2012:1 (1):13-22. (in Persian).
16. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, Birken SA, Schildmeijer K. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. BMC Health Serv Res. 2020;20 (1):147.
17. Strech S, Wyatt DA. Partnering to lead change: nurses' role in the redesign of health care. AORN journal. 2013;98 (3):260-6.
18. Masoudian Y, Rajabi vasoukolaei G. Competence of hospital managers as a necessity for optimal and effective management of the Iranian health system; Letter to the Editor. Hospital. 2021;20 (3):79-80. (in Persian)
19. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Soleimani MJ, Hedayati SP. Leader Characteristics in Hospital Change Management: A Case Study. Hakim Research Journal. 2019;22 (3):212-29. (in Persian)
20. Yousefi M, Mashhadi L, Akbarisari A, Ebrahimi Z. Change Management in Hospitals: A Framework Analysis. Studies in Health Technology and Informatics. 2022;299:262-8. (in Persian)
21. Delgoshaei B, Asefpour-Vakilian M, Meleki MR, Nasiripour AA. Change management in Iranian hospitals: social factors model. Alborz University Medical Journal. 2012;1 (1):13-22. (in Persian)
22. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC health services research. 2017;17 (1):1-13.
23. Banihashemi SA, Heidarnia Z, Allahyari V. Ranking effective factors on organizational agility in public sector using AT Kearney model and TOPSIS method (case study: Hospitals in Birjand). Journal of healthcare management. 2019;9 (4):41-51. (in Persian)
24. Mosadeghrad AM, Parsaeian M, Hedayati P. Organizational culture of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Payesh (Health Monitor) Journal. 2023;22 (4):375-85. (in Persian)
25. Meng J, Berger BK. The impact of organizational culture and leadership performance on PR professionals' job satisfaction: Testing the joint mediating effects of engagement and trust. Public Relations Review. 2019;45 (1):64-75.
26. Sokhanvar M, Mosadeghrad A. Organizational culture of selected hospitals of Tehran city. Journal of Hospital. 2017;16 (2):46-57. (in Persian)



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]

# Primary advocacy for change management in hospitals with the aim of productivity improvement

**Mehdi Yousefi[1,2], Ali akbarisari[3], Zahra Ebrahimi[4], Somayeh Fazaeli[5*]**

*1-Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*
*2-Associate Professor, Department of Health Economics and Management Sciences, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*
*3- Professor, Department of Health Economics and Management Sciences, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
*4-Ph. D. student, Human Resource Mgmt. , Islamic Azad University of North Tehran Branch, Tehran, Iran.*
*5 -Associate Professor, Department of Health Information Technology, School of Paramedical and Rehabilitation, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*

**Abstract**

**Introduction:** Due to the nature of healthcare services, decisions leading to changes in hospital processes are more sensitive. Therefore, managing change in hospitals requires special attention. This study was conducted with the aim of providing a framework for initial stakeholder engagement in hospital change management to improve efficiency.

**Methods:** This applied study by qualitative method and nominal group technique with a targeted selection of 22 people, including 68% women and 32% men, with an average experience of 8 years ,with leadership experience or involvement in successful change processes in hospitals or relevant research at Mashhad University of Medical Sciences were purposefully selected. In total, eight main sessions and ten smaller sessions were conducted. The sessions were managed using the Potter nominal group technique in five stages: topic clarification, idea generation, idea sharing, discussion, and voting.

**Results:** The four main solutions included: 1)examining the acceptance of change in hospitals (including six actions: examining characteristics, history, the culture of change, achievements, related actions, decision-making centers, and examining resistance status in upper-level institutions); 2) stakeholder analysis (including identifying stakeholders, determining their power and interest levels, drawing a matrix, and identifying key stakeholders); 3) examining the level of acceptance by key stakeholders (including disbelief, belief, trust, and confidence levels); 4) engaging key stakeholders with a participatory approach (including using dialogue, deep conversation, and work partnerships).

**Conclusion:** Effective change management at the hospital level requires sufficient attention to stakeholder engagement. In this study, the necessity of understanding key stakeholders, considering their acceptance level, and engaging them through appropriate participatory strategies within the organizational culture were emphasized for the success of the initial stakeholder engagement process.

**Keywords:** advocacy, change management, hospital, productivity

**Please cite this article as follows:**
Yousefi M, akbarisari A, Ebrahimi Z, Fazaeli S. Primary advocacy for change management in hospitals with the aim of productivity improvement. Hakim Health Sys Res. 2022; 25 (3): 205-214

***Corresponding Author:** Mashhad, Vakil Abad Boulevard, Kharazmi Complex, Faculty of Paramedical Sciences and Rehabilitation, Department of Health Information Technology. tel:+989155127963, email:fazaeli93@gmail. com, fax:051-38795031

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10 ]