

Public Organizations Management

Open Access

Autumn (2024) 12(4): 81-106

 DOI: <https://doi.org/10.30473/ipom.2024.71288.4983>

Received: 20/May/2024 Accepted: 04/Nov/2024

ORIGINAL ARTICLE

Identification and Accreditation of the Public Health Policy Implementation Model with the Equity Approach

Anahita Mazaheri Kalahroodi¹, Majid Ramezan^{2*}, Hassan Givarian³, Majid Rostami Beshmani⁴

1. PhD Student, Department of Public Administration, Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Visiting Associate Professor, Department of Public Administration, Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Associate Professor, Department of Human Resource Management, Malek Ashtar University of Technology, Tehran, Iran.

3. Visiting Associate Professor, Department of Public Administration, Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Associate Professor, Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. Visiting Assistant Professor, Department of Public Administration, Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Assistant Professor, Department of Management, Naraq Branch, Islamic Azad University, Naraq, Iran.

Correspondence

Majid Ramezan

E-mail: Ramezan@mut.ac.ir

How to cite

Mazaheri Kalahroodi, A., Ramezan, M., Givarian, H., & Rostami Beshmani, M. (2024). Identification and Accreditation of the Public Health Policy Implementation Model with the Equity Approach. *Public Organizations Management*, 12(4), 81-106.

ABSTRACT

Health is as one of the important requirements of equity and development in all societies. One of the important goals of public health policies in Iran that everyone can access health services fairly, but most of the time this goal is achieved very weak when it will be implemented. Therefore, it is necessary to design a suitable model for the implementation of public health policies. the research method is mixed, first method is qualitative and data-based theory strategy. To gather the required data, the researcher conducted semi-structured interviews with 15 policy specialists and health experts. The interviews were analyzed through coding to according to Strauss and Corbin's paradigm model. The results of data analysis finally research theoretical saturation as it consisted of 6 main categories and 24 subcategories and 120 concepts and to create a model that identifies the causal, context and intervention and their impact on the central phenomenon that same the implementation of public health policies based on equity.then this model was surveyed by 15 health experts using fuzzy Delphi method with questionnaire. Then removing, modifying and adding a number of indicators, finally 58 concepts, 26 sub-categories and 6 main categories were confirmed. Model of research was accredited by questionnaire was designed based on the qualitative findings of the previous stage, a sample size of 384 health sector experts was surveyed based on Cochran's formula, then the data were collected using structural equation modeling by Smart PLS software. All of indicators, sub-categories, main categories of the model are desired range, which shows there are significant relationships between the model of variables.

KEY WORDS

Implementation, Public Health Policies, Equity, Data-Based Theory, Fuzzy Delphi.



© 2024, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://ipom.journals.pnu.ac.ir/>

مدیریت سازمان‌های دولتی

سال دوازدهم، شماره چهارم، پیاپی چهل و هشتم، پاییز ۱۴۰۳، (۸۱-۱۰۶)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۳۱



DOI: <https://doi.org/10.30473/ipom.2024.71288.4983>

«مقاله پژوهشی-پیمایشی»

شناسایی و اعتبارسنجی مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت

آناهیتا مظاہری کلهرودی^۱، مجید رمضان^{۲*}، حسن گیوریان^۳، مجید رستمی بشمنی^۴

چکیده

سلامتی در تمام جوامع به عنوان یکی از مهم‌ترین الزامات عدالت و توسعه است. یکی اهداف مهم در سیاست‌گذاری‌های سلامت در ایران امکان دسترسی به خدمات بهداشتی برای همگان به صورت عادلانه باشد، اما تحقق این هدف در مرحله اجرا بسیار ضعیف است. بنابراین طراحی الگویی مناسب برای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت هدف پژوهش حاضر است. روش پژوهش آمیخته است که در ابتدا از روش کیفی و راهبرد نظریه داده‌بنیاد است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از خبرگان سلامت گردآوری شد. مطابق با مدل استرواس و کوربین، کدگذاری انجام شد در تحلیل داده‌ها، در نهایت به ۱۲۰ مفهوم و ۲۶ مقوله فرعی و ۶ مؤلفه اصلی به اشباع نظری رسید و به ایجاد مدلی که تأثیر شرایط علی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها بر پدیده محوری همان اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت شناسایی شد. سپس این مدل توسط ۱۵ نفر از خبرگان سلامت در قالب پرسشنامه‌ای با تکنیک دلفی فازی با حذف، اصلاح و اضافه نمودن تعدادی از شاخص‌ها سرانجام ۵۸ مفهوم و ۲۶ مقوله فرعی و ۶ مؤلفه اصلی تأیید شد. برای اعتبارسنجی مدل پژوهش پرسشنامه که براساس یافته‌های کیفی مرحله قبل طراحی شده حجم نمونه از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر از کارشناسان بخش سلامت نظرسنجی انجام شد، سپس داده‌ها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، با نرم‌افزار اسماارت پی. ال. اس تجزیه و تحلیل شدند. تمامی شاخص‌های برازش مدل در محدوده مطلوب قرار دارند که این امر نشان می‌دهد روابط معناداری بین متغیرهای مدل وجود دارد.

واژه‌های کلیدی

اجرا، خط‌مشی‌های عمومی سلامت، عدالت، نظریه داده‌بنیاد، دلفی فازی.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. دانشیار مدعو، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ دانشیار، گروه مدیریت منابع انسانی، دانشگاه صنعتی مالک اشتر، تهران، ایران.
۳. دانشیار مدعو، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴. استادیار مدعو، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ استادیار، گروه مدیریت، واحد نراق، دانشگاه آزاد اسلامی، نراق، ایران.

نویسنده مسئول: مجید رمضان
Ramezan@mut.ac.ir
رایانه‌ام:

استناد به این مقاله:

مظاہری کلهرودی، آناهیتا؛ رمضان، مجید؛ گیوریان، حسن و رستمی بشمنی، مجید (۱۴۰۳). شناسایی و اعتبارسنجی مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت. فصلنامه علمی مدیریت سازمان‌های دولتی، ۱۲(۴)، ۸۱-۱۰۶.

حق انتشار این مستنده، متعلق به نویسنده‌گان آن است. ©. ناشر این مقاله، دانشگاه پیام نور است. این مقاله تحت گواهی زیر منتشر شده و هر نوع استفاده غیرتجاری از آن مشروط بر استناد صحیح به مقاله و با رعایت شرایط مندرج در آدرس زیر مجاز است.



This is an open access article under the CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://ipom.journals.pnu.ac.ir/>

توسعه در برنامه ششم توسعه یکی از چالش‌های اصلی پایین

بودن عدالت در سلامت است (وزارت بهداشت، ۲۰۱۵).

آنچه از بررسی برنامه‌های اول تا ششم توسعه در ایران مشاهده شد، توجه محدود سیاست‌گذار به بعد در دسترس بودن خدمات سلامت است. با توجه به اینکه در دسترس بودن خدمات ارتباط تنگاتنگی با عرضه خدمات سلامت و پوشش آن دارد، عدم توجه به این بعد می‌تواند پوشش همگانی سلامت را، چه از نظر گستره و چه از نظر عمق خدمات، تحت تأثیر قرار دهد. در خصوص بعد مقرنون به صرفه بودن خدمات سلامت نیز، که سهم پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت را با نظر گرفتن ظرفیت پرداخت خانوارها مورد توجه قرار می‌دهد، توجه جدی در برنامه‌ها مشاهده نمی‌شود. وضعیت مقرنون به صرفه بودن خدمات سلامت در ایران نامطلوب است که یکی از مهم‌ترین دلایل آن را می‌توان غفلت برنامه‌های توسعه از تفکیک ابعاد عدالت در سلامت و نگاه متوازن به این ابعاد دانست. به علاوه نباید از تغییر در شاخص‌های اقتصاد کلان، ضعف در نظام بیمه‌ای، و باز شدن هزینه‌های سلامت بر دوش خانوارها، از طریق افزایش سهم یا پرداخت مستقیم از جیب، غافل شد (سبلی و همکاران، ۲۰۲۳).

مطالعاتی که در کشورهای در حال توسعه صورت گرفته نشان می‌دهد که پرداخت از جیب پیش رونده یا مناسب است؛ یعنی پرداخت از جیب بین گروههای بالای درآمدی تمرکز دارد و گروههای با درآمد پایین سهم کمتری از منابع مالی خود را برای سلامت پرداخت می‌کنند. اما در ایران هم چنان اختلاف عمیقی در توزیع بهره‌مندی از خدمات سلامت بین گروههای مختلف درآمدی در جامعه وجود دارد (نیکروان، ۲۰۱۸).

بررسی احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه نشان داد که موضوعاتی همچون پوشش همگانی، ارائه خدمات یکپارچه، عدالت در سلامت، سلامت الکترونیک، ارائه خدمات به اقصار و حق بیمه از جمله موضوعاتی بودند که در شش برنامه توسعه به آن‌ها پرداخته و تصویب شده است. البته در این بین، برخی احکام با کمترین تغییرات در قانون برنامه بعدی تکرار شدند. اگرچه این موضوع ضمن اینکه می‌تواند حاکی از توجه سیاست‌گذاران و دولتمردان بوده باشد، دلیل مهم به عدم تحقق احکام در برنامه‌های پیشین نیز بازمی‌گردد. بر این اساس با در نظر داشتن دلایل اجرایی نشدن قوانین برنامه در حوزه سلامت در برنامه‌های توسعه کشور (گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۲۰۲۱).

مقدمه

سلامتی به عنوان یک حق انسانی، ارزش اجتماعی، کالایی عمومی و اساسی برای نظامهای اجتماعی و یکی از شاخص‌های کلیدی اقتصادی پویا و توسعه جوامع است. توسعه سیاست سلامت - مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولتها برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کنند - مسئولیت دولتها است، که با رفاه فردی و اجتماعی مرتبط است و تحت تأثیر جهت‌گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها، ایدئولوژی‌ها و خطمشی دولتها و سیاست‌های آن‌ها در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است (وحدتی، ۲۰۲۰). سلامت انسان بیش از مداخلات پژوهشی به عوامل اجتماعی، امکانات و شرایط موجود در جامعه و اقتصاد وابسته است (صفری‌نیا و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از اهداف مهم در سیاست‌گذاری حوزه سلامت، تأمین عدالت در سلامت است. عدالت در سلامت به مفهوم نبود تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قبل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت است و تفاوت‌های قابل اجتناب و غیرعادلانه، بی‌عدالتی در سلامت نامیده می‌شود (کمالی و همکاران، ۲۰۲۰).

توسعه سیاست‌های عدالت در سلامت به وجود فرصت‌های عادلانه برای دست‌یابی به سلامت جامعه برای کلیه افراد جامعه دلالت دارد. به طور اخلاقی از عدالت در سلامت با توزیع عادلانه منابع سلامت و امکان دسترسی و بهره‌مندی عادلانه از خدمات سلامت ارزیابی می‌شود. لذا ضروری است در سیاست‌گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه و اثرات احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروههای اجتماعی ارزیابی گردد و براساس آن سیاست‌های هماهنگ تدوین شوند. باید توجه کرد که هدف از توسعه سیاست‌های عدالت در سلامت حذف تفاوت‌های سلامت به طوری که همه افراد سطح و کیفیت یکسان به سلامتی را داشته باشند نیست، بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت‌هایی است که از عواملی که قابل اجتناب هستند، نشأت گرفته باشند. نظامهای سلامت پیوسته تلاش می‌کنند با لحاظ منابع محدود، شاخص‌های دسترسی و عدالت، کیفیت و کارایی را بهبود دهند. همچنین ارتقای عدالت در سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی کشورمان به عنوان یکی از اولویت‌های اعلام شده از سوی مقام محترم وزارت بهداشت مدنظر قرار گرفته است. علاوه بر برنامه‌های پیشین

پژوهش‌های پیشین بودیم و از نظر عملی اجرایی نشنون قوانین برنامه در حوزه سلامت در برنامه‌های توسعه کشور و تکرار همان برنامه به برنامه‌های توسعه بعدی و از سوی دیگر در سال‌های اخیر به علت عدم تداوم اجرای طرح‌های نظام سلامت (طرح پژوهش خانواده و طرح تحول سلامت) و برای پیشگیری از تدوین خطمشی‌هایی با سرنوشت مشابه خطمشی طرح تحول سلامت باید با مطالعه نظاممند و توجه به تمام ابعاد اجرا به درک درستی از اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت دست یافت.

بنابراین با توجه به یکی از چالش‌های مطرح در برنامه ششم توسعه کشور پایین بودن عدالت در سلامت و عنایت به اصول و مبانی الگوی ایرانی - اسلامی پیشرفته و با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور طراحی الگویی برای اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد مبتنی بر عدالت ضروری است.

مبانی نظری

بسیاری از محققان خطمشی‌گذاری فرض می‌کردند که زمانی که خطمشی اتخاذ می‌شود دولت ملزم به اجرای آن است، بدون توجه به مشکلات که در حین اجرا پیش می‌آید در حقیقت اجرا به عنوان موضوع و مسئله بدون اشکال تلقی می‌شد. این دیدگاه با چاپ اثر ویلداوسکی در سال ۱۹۷۳ درزمنیه اجرای برنامه‌ها شروع به تغییر کرد. تأثیر عوامل مختلف بر اجرای خطمشی‌های عمومی مطالعاتی صورت گرفت (هاولت و همکاران، ۲۰۲۰).

رویکرد سنتی اجرا رویکرد بالا به پایین

جهری پرسمن و آرون ویلداوسکی^۳ را پدران مطالعات اجرا می‌نامند. آن‌ها موفقیت در اجرا را به رابطه بین ادارات مرکزی و محلی مرتبط می‌دانند. نظریات آن‌ها مبتنی بر مدل عقلایی است (الوانی و شلویری، ۲۰۱۷).

رویکرد پایین به بالا

لیپسکی به عنوان بنیان‌گذار رویکرد پایین به بالا، با اهمیت دادن به نقش مجریان در سازمان‌های مجری خطمشی در حقیقت آنان به گونه‌ای که می‌خواهند، خطمشی‌ها را به اجرا درمی‌آورند. به

نماینده معاونت درمان وزارت بهداشت در نشست تخصصی «عدالت در سلامت» در مرکز پژوهش‌های مجلس^۱ بیان کرد اجرای سیاست‌ها به حدود ۵۰ درصد می‌رسد و اظهار کرد: این امر نشان‌دهنده که سیاست‌ها خوب نوشته شده اما اجرای آن‌ها به خوبی صورت نمی‌گیرد. رئیس مرکز پژوهش‌های مجلس^۲ نیز بیان نمودند عدالت در سلامت در کشور با وضعیت مطلوب هنوز فاصله داریم. اگرچه تحولات ساختاری، محتوایی در دهه‌های اخیر در نظام سلامت کشور رویکرد عادلانه داشته، اما در اجرا مسائل و مشکلات عدیده‌ای وجود دارد که روند تحقیق عدالت را به تأخیر انداخته است یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران نظام سلامت است که در تمام برنامه‌های توسعه مورد توجه قرار گرفته است (کمالی و همکاران، ۲۰۲۰). نتیجه می‌گیریم که علاوه بر طراحی خطمشی مناسب باید برای اجرای خطمشی‌ها براساس شرایط شاخص‌ها مناسبی در نظر گرفته شود. به طور کلی اگر خطمشی‌ها خوب اجرا نشوند و حذف می‌شوند. فقدان پژوهشی که با رویکرد مدیریت دولتی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت را با محوریت عدالت بررسی کند و با توجه شکاف نظری و عملی که در اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت در کشور وجود دارد، این سؤال مطرح می‌شود چگونه می‌توان الگویی برای اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت طراحی کرد؟

تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که تحقق عدالت در سلامت با اهداف برنامه‌های توسعه فاصله زیادی دارد. مطالعات تنها برخی ابعاد خطمشی‌های عمومی سلامت را بررسی نمودند در حالی که تاکنون از منظر مدیریت دولتی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با محوریت عدالت بررسی نشده است. همچنین وجود خلاهای نظری در حوزه سیاست‌گذاری سلامت و با توجه به کم‌سابقه بودن بهره‌مندی از دانش سیاست‌گذاری در میان پژوهشگران حوزه سلامت کشور به نظر می‌رسد، خلاً قابل توجهی در توسعه دانش سیاست‌گذاری سلامت کشور، فقدان پژوهش‌های کیفی با روش‌شناسی قوی برای درک هرچه بهتر اجرای سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد، از لحاظ نظری در این پژوهش به دنبال پرکردن خلاً

۱. تاریخ انتشار خبر ۱۴۰۲/۰۸/۲۰ شماره خبر ۱۷۸۷۱۷۷

۲. بابک نگاهداری "با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای تحقق عدالت در سلامت، شواهد نشان می‌دهد با وضعیت مطلوب در این حوزه فاصله داریم."

فیشر و همکاران (۲۰۲۲)، در مقاله‌ای با عنوان «اجرای خطمشی‌های همگانی و هدفمند برای عدالت سلامت: درس‌هایی از استرالیا» در این تحقیق اجرای سیاست‌ها را در سلامت عمومی در مورد نقش سیاست‌های همگانی یا هدفمند در ارائه دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و در نتیجه دستیابی به عدالت سلامت بررسی می‌کند. روش تحقیق به صورت مطالعات موردنی اجرای خطمشی در چهار حوزه سیاست مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) همان طرح بیمه عمومی برای همگان، ارتباطات راه دور (ایجاد یک شبکه ملی برای) دسترسی همگانی به خدمات سلامت از طریق اینترنت و تلفن، سلامت بومی (حذف شکاف از طریق اختصاص بودجه هدفمند و ارائه خدمات به مناطق روزتایی دورافتاده) و برنامه‌ریزی موقعیتی (برنامه‌ریزی دسترسی به خدمات در مناطق محروم)، که شامل انواع ساختارهای خطمشی همگانی و هدفمند است، ترکیب کردیم. که یافته‌ها را براساس سه معیار دسترسی عادلانه: ۱. در دسترس بودن، ۲. مقرنون به صرفه بودن و ۳. مقبولیت (اختصاص خدمات براساس نیازها)، نتایج نشان می‌دهد که سیاست‌های همگانی، همگانی- متناسب یا هدفمند به عنوان مکانیسم‌های ساختاری برای بهبود عدالت سلامت است، به این نتیجه می‌رسیم که بستگی به زمینه‌ای که در آن اعمال می‌شوند، همه نقشی بالقوه دارند.

محمدی و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی با عنوان « مقاومت خطمشی در طرح تحول نظام سلامت» با رویکرد کیفی از طریق مصاحبه با ۱۱ نفر از خبرگان با مصاحبه نیمه ساختاریافته و جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون در تبیین مفهوم مقاومت خطمشی به ۳ مضمون فرآگیر، ۱۱ مضمون سازمان‌دهنده و ۴۱ مضمون پایه دست یافتند. جهت آزمون شبکه مضمین استنتاج شده و مطابقت آن با واقعیت‌های عینی، راهبرد مطالعه موردنی با خطمشی طرح تحول نظام سلامت تطبیق داده شد. نتایج نشان داد که خطمشی طرح تحول سلامت به واسطه ویژگی‌هایی همانند: دوام نهادی، ابهام در جانشین پذیری، پیچیدگی بالا، هزینه‌های بالای راه اندازی و همچنین در اثر پیشاپندهایی چون درهم تبیدگی سیاسی- اجتماعی و تعارض منافع در برابر خاتمه بخشی، مقاومت کرده است.

ابراهیمی و همکاران (۲۰۲۰)، پژوهشی خود را با عنوان « تحلیل خطمشی‌گذاری در نظام سلامت براساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع (مطالعه موردنی طرح تحول نظام سلامت)» که با روش تحقیق کیفی با استراتژی تحلیل تم با جامعه آماری کارشناسان و خبرگان نظام سلامت، جامعه نمونه

عبارتی، بوروکرات‌های سطوح اجرایی ماهیت و نحوه اجرای خطمشی را تعیین می‌کنند (الوان و شلویری، ۲۰۱۷).

رویکرد ترکیبی

پس از انتقادهای زیادی که از دو رویکرد بالا به پایین و رویکرد پایین به بالا، رویکرد جدیدی به نام رویکرد ترکیبی مطرح شد. این دیدگاه بر پایه تعاملات چانهزنی و مذاکره بین بازیگران در تمام فرایند خطمشی‌گذاری نهاده شده است (منوریان، ۲۰۱۶).

رویکردهای نوین اجرای خطمشی‌های عمومی

رویکردهای نوین اجرای خطمشی عبارت‌اند از: حاکمیت شبکه‌ای، چرخش‌های دموکراتیک در سطح جهانی و بستر اجتماعی و سیاسی، مدیریت دولتی نوین و اجرا در بستر بین‌الملل (منوریان، ۲۰۱۶).

پیشنهاد پژوهش

فورت و همکاران (۲۰۲۳)، در پژوهشی با عنوان «استفاده از یک لنز عدالت برای ارزیابی زمینه و اجرای در سلامت عمومی و خدمات سلامت به صورت تحقیقاتی و بالینی با استفاده از چارچوب PRISM» بیان نمودند در حالی که تمرکز بر عدالت سلامت در جهت افزایش دسترسی و پوشش همگانی از برنامه‌ها و سیاست‌های مبتنی بر شواهد اشاره دارد، اکثر چارچوب‌ها و مدل‌های اجرایی به صراحت به آن توجه نمی‌کنند. در این تحقیق نتایجی با ابعاد ۵ گانه که به نام RE-AIM (دسترسی، اثربخشی، پذیرش، اجرا، نگهداری) در نظر گرفته شده، که عدالت سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد، با راهنمایی برای استفاده از PRISM (مدل پایدار اجرای قوی عملی)، با یک لنز عدالت در چهار حوزه زمینه‌ای (محیط خارجی، دیدگاه‌های چند سطحی در مورد مداخله، ویژگی‌های مجریان - گروههای خاص و زیرساختهای اجرا - پایداری) ارائه شد. محققان و افراد عملیاتی می‌توانند با مستندسازی زمینه (context) قبل، حین و پس از اجرا - در هر چرخه یک برنامه (به عنوان مثال، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی) به بهبود عدالت کمک کنند. در حالت ایده‌آل، محققان و متخصصان باید از یک لنز عدالت استفاده کنند که به طور همزمان این موارد را در نظر بگیرد: (۱) عدالت در فرایند اجرا و نتایج (RE-AIM) برای یک چرخه معین و (۲) عوامل زمینه‌ای PRISM، با تلاش‌ها برای ارتقای عدالت در هر دو، تا متقابلاً تقویت خواهد شد.

لاتین از طریق مصاحبه، برگزاری جلسات و کارگاه‌ها انجام شد. در این تحقیق ویژگی‌های کلیدی مدل و چارچوب‌های مفهومی خلاصه شده است. شناسایی جنبه‌های کلیدی عدالت در زمینه هفت کشور آمریکای لاتین متصرکز بر برنامه‌های سلامت بیان شده است. همچنین وضعیت سلامت جامعه را قبل، حین و بعد از اجرا به هم مرتبط می‌کند که شامل جنبه‌های مرتبط با عدالت سلامت قبل، حین و بعد از اجرا است. بخش‌های سلامت که مرتبط با عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت مورد توجه قرار داده است. نتایج این تحقیق بدین صورت است که یک چارچوب مفهومی برای استفاده خطمشی‌گذاران در طول تحقیقات اجرای برنامه‌ها و خطمشی‌ها یا مداخلات بهداشتی با تمکز بر عدالت و با هدف کاهش یا جلوگیری از افزایش نابرابری‌های موجود در طول اجرا پیشنهاد می‌دهد.

اسمیت^۳ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان «کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت از طریق اقدامات بین بخشی: ایجاد تعادل بین عدالت در سلامت و عدالت در سایر کالاهای اجتماعی» توجه ویژه به توسعه استراتژی‌های بین بخشی برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت اختصاص داده شده است. با این حال، این استراتژی‌ها تا حد زیادی از در نظر گرفتن این که چگونه باید عدالت در سلامت با عدالت در سایر خدمات اجتماعی (به عنوان مثال، عدالت در آموزش) معادل شود، غافل شده‌اند. تحقیقات در این حوزه بسیار مهم است، دستیابی بخش‌های سلامت به عدالت در سلامت ممکن است در تضاد با خطمشی‌های سایر بخش‌ها باشد که ممکن است کاهش بی‌عدالتی در سلامت مربوط به عوامل محیطی باشد، اگرچه با سایر اهداف مرتبط با عدالت ناسازگار نیست. بنابراین بسیار مهم است که راهبردهای بین بخشی برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت با یک گزارش کلی تر از عدالت اجتماعی هدایت شود که قادر است به طور دقیق بین عدالت در سلامت در مقابل دستیابی سایر بخش‌ها به عدالت تعادل ایجاد کند. بر جسته‌ترین و قابل توجه‌ترین حوزه تحقیق اخلاقی در زمینه نگرانی‌های بهداشت عمومی که مورد بررسی قرار می‌گیرد باید ملاحظات عدالت اجتماعی در نظر گرفته شود. در واقع خطمشی‌های عمومی سلامت در جهت عدالت سلامت هدایت کند. مباحث نظری عدالت اجتماعی در حوزه عمومی اخلاق که بهداشتی غنی بوده است، اما کاربرد آن سیاست‌ها و تحقیقات

از طرق روش گلوله برفی ۱۲ نفر را انتخاب نمودند. توانایی نظریه چارچوب ائتلاف مدافع در توضیح فرایند تغییر خطمشی نظام سلامت بیان نمودند. نتایج تحقیق نشان داد که ائتلاف موافق با توجه به در اختیار داشتن قدرت اجرایی کشور، توانایی استفاده از مهارت‌های کارآفرینی لازم برای خطمشی‌گذاری و همچنین، بهره‌برداری از اجماع ملی در مورد ضرورت نیاز به تحول در بخش سلامت، توانست ائتلاف مخالف را مقهور کند و در ضمن با وجود ایراداتی همچون عدم تأمین مالی پایدار طرح، نارضایتی بدنۀ اجرایی از عدالت توزیعی و همچنین، عدم مشارکت و اقناع مخالفین در برنامه‌ریزی‌ها، موفق به اجرای طرح شد. اما با گذشت زمانی کوتاه و بروز فشارهای سیاسی-تحریمی بین‌المللی، ادامه طرح با مشکلات جدی مواجه شد.

در پژوهشی در ایالات متحده گایل و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان «چارچوب برای تخصیص عدلانه واکسن برای کووید ۱۹» بر این اساس در ۴ مرحله اولویت‌بندی تخصیص واکسن به گروه‌های مختلف را با رویکرد عدالت محوری بیان نمود. در این تحقیق در جهت اجرای اثربخش و عدلانه واکسیناسیون هفت نکته کلیدی باید رعایت شود:

۱. هماهنگی بین ایالات و دولت فدرال؛

۲. نقش هماهنگ‌کنندگی سی دی سی^۱: شناسایی گروه‌های در اولویت، حمایت در جهت مدیریت و تأمین واکسن، پایش و دنبال کردن اینمی سازی همگانی، بررسی پوشش و اثربخشی واکسن؛

۳. توزیع واکسن که شامل ذخیره و شرایط نگهداری و انتقال از لحاظ اثربخش بودن و عدلانه بودن؛

۴. استفاده از نظامهای خارج از بخش سلامت برای اعمال نفوذ در جهت هماهنگی‌ها؛

۵. پایش و ارزیابی واکسیناسیون؛

۶. بررسی پوشش و اثربخشی واکسن؛

۷. پوشش هزینه و موانع بودجه.

اسکمالیج^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهش خود با عنوان «چارچوب مفهومی تحقیق اجرای عدالت محور برای برنامه‌های سلامت» روش تحقیق آمیخته به صورت یک مطالعه نظاممند از مدل‌ها و چارچوب‌های مفهومی که در برگیرنده عدالت در اجرا برنامه‌ها، خطمشی‌ها و نظامهای سلامت است. پس از آن تشکیل گروه تحلیلی که متشکل از خطمشی‌گذاران سلامت و گروه تحقیق از هفت کشور آمریکای

1. Centers for Disease Control and Prevention

2. Schmalbach

مصاحبه حجم نمونه در این فاز براساس اصل اشباع حاصل گردید. به این ترتیب که اولاً نمونه براساس این شکل انتخاب می‌شود که پس از انجام مصاحبه از فرد صاحب‌نظر از او خواسته می‌شود افرادی دیگر که در این حیطه متخصص هستند معرفی نماید و در صورت تأیید صلاحیت فرد موردنظر با او نیز مصاحبه موردنظر صورت می‌پذیرد، این شکل مصاحبه گرفتن تا زمان رسیدن به اشباع انجام شد، به این ترتیب که مصاحبه‌ها تا زمانی که دارای مقوله‌های جدید و راهگشا باشد و نکات جدیدی رو اضافه نماید ادامه پیدا می‌کند و زمانی که دیگر مفاهیم جدیدی در مصاحبه‌ها نباشد و تمام مفاهیم اصلی گردآوری شده باشد اشباع شکل گرفته است و مصاحبه‌ها متوقف می‌شود. در این مرحله تحقیق با ۱۵ نفر از خبرگان سلامت مصاحبه گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی براساس نظریه داده‌بنیاد در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد.

هر مصاحبه ضبط، یادداشت و تحلیل و سپس کدهای اولیه استخراج شد. سپس با بقیه کدهای اولیه مصاحبه‌های قبلی از نظر شباهت بررسی و مقایسه شد و مفاهیم استخراج گردید. در ادامه مفاهیم به مقوله‌های فرعی و مقوله‌های فرعی به مقوله‌های اصلی تقلیل یافت. در نهایت یکی از مقوله‌های اصلی به عنوان محور فرایند و بقیه مقوله‌ها به صورت نظری به آن مرتبط شدند. در نهایت پارادایم منطقی ارائه گردید.

در مرحله دوم با توجه به شناسایی شاخص‌ها از طریق مصاحبه و احتمال وجود سوگیری در نظرات آن‌ها، به‌منظور حصول اطمینان از صحت، دقت، کاربردی بودن و جامعیت مراحل شناسایی شده و رفع سوگیری‌های احتمالی از تکنیک دلفی فازی چهت دست‌یابی به توافق گروهی بین خبرگان استفاده شد که ۱۵ نفر از خبرگان سلامت مرحله قبل انتخاب گردیدند و نظرسنجی در چهار مرحله انجام شد، که با تکنیک دلفی فازی و تعديل شاخص‌ها و مؤلفه‌ها با اجماع نظر خبرگان، الگوی موردنظر نهایی شد.

در مرحله سوم براساس یافته‌های حاصل از مرحله کیفی پژوهش و شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت، به‌منظور اعتبارسنجی و آزمون مدل مفهومی استخراج شده، از رویکرد کمی با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات حریزی (PLS-SEM) و نرم‌افزار Smart PLS بهره گرفته شد. این روش به دلیل توانایی در تحلیل داده‌ها با حجم نمونه کمتر و عدم نیاز به نرمال بودن داده‌ها، انتخاب مناسبی برای آزمون مدل پژوهش بود. در این مرحله، پرسشنامه‌ای استاندارد بر

بهداشتی و پیگیری بین بخشی برای عدالت سلامت وجود ندارد. به عنوان مثال ظاهراً ملاحظات عدالت سلامت این گونه تعریف می‌شود «سلامت در همه سیاست‌ها» و «ازیانی پیامدهای عدالت سلامت» اهمیت سلامت و نسبت توزیع عادلانه آن به سایر کالاهای اجتماعی تلقی می‌شود و ممکن است این تصور را ایجاد کرده باشد که دولتها باید از قدرت‌های قهری خود برای اطمینان از توزیع عادلانه آن در مقابل بی‌عدالتی استفاده کنند. هدف از این مطالعه دست‌یابی به عدالت سلامت در بخش سلامت و دست‌یابی و مفهوم‌سازی عدالت در سایر بخش‌ها بود. رویکرد «سلامت در همه خط‌مشی‌ها» در حال اجرا می‌باشد. برای دست‌یابی به عدالت سلامت بین بخشی باید بررسی کنیم که در کجا ضداد یا همبستگی بین این رویکردها وجود دارد و فرصت‌هایی را در جهت رسیدن به هدف جامع‌تر همان عدالت اجتماعی است کشف کنیم.

پیکان‌بور و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهش خود با عنوان «مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران» که با روش تحقیق تحلیل مضمون (کیفی) جامعه‌آماری خبرگان حوزه سلامت روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۷ نفر انتخاب شدند و با مصاحبه نیمه ساختاریافته داده‌ها جمع‌آوری شد. نظام‌های سلامت پیوسته تلاش می‌کنند تا با لحاظ منابع محدود، شاخص‌های دسترسی و عدالت، کیفیت و کارایی را بهبود دهند. این مطالعه به دنبال آن بود که با گذشت چهار سال از اجرای طرح، بازبینی جامعی بر دستاوردها و پیامدهای آن ارائه نماید. بیان نمودند که دو هدف اصلی در این طرح افزایش دسترسی و افزایش عدالت در ارائه خدمات سلامت بود. با گذشت چهار سال از اجرای طرح فوق با توجه به دستاوردهای مثبت طرح، اما آثار منفی طرح مانند افزایش مجموع هزینه‌های سلامت، عدم توجه به عدالت در تأمین و تخصیص منابع، عدم امکان پایداری طرح، عدم انطباق با سیاست‌های بالادستی و کاهش کارایی، پایین بودن اثربخشی سیاست‌ها مانع تحقق اهداف نهایی طرح شد.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش آمیخته است، ابتدا مدل تحقیق به صورت کیفی طراحی شد و سپس مدل نهایی تحقیق به صورت کیفی و کمی اعتبارسنجی شد. مرحله اول روش کیفی براساس نظریه داده‌بنیاد است که در ابتدا از طریق استراتژی داده‌بنیاد از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با خبرگان سلامت که به صورت هدفمند انتخاب شدند داده‌ها گرداوری شد، در پایان هر

اختصاص داده شد. پس از پایان کدگذاری اولیه هر مصاحبه، کدهای جدید با کدهای حاصل از مصاحبه‌های پیشین مقایسه شد. در پانزدهمین مصاحبه تعداد کدهای جدید به صفر رسید با عدم مشاهده کد جدید (اشباع نظری) فرایند کدگذاری اولیه به پایان رسید. جدول ۳ بخشی به عنوان نمونه از فرایند کدگذاری باز برای دست‌یابی به مفاهیم و کدهای اولیه نشان داده است.

در مرحله بعد این کدها بررسی و پالایش شدند از نظر شباهت‌هایی که داشتند کدهای مشترک داده شد. هر کد در ذیل مفهوم وسیعی قرار گرفت و این فرایند در هر مصاحبه مجددًا تکرار شد به طوری که از ۳۷۰ کد اولیه شناسایی شده در بررسی و مقایسه به ۱۲۰ مفهوم تقلیل یافت. طبق دیدگاه استراوس و کوربین (۱۹۹۸) مفاهیم در قالب مقوله‌ای که از انتزاع بالاتری نسبت به مفاهیم برخوردار است، دسته‌بندی شدند. در ادامه با کنار هم قرار دادن مفاهیم منتظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شدند که در واقع ترکیبی از چند مفهوم می‌باشند. بر این اساس ۲۴ مقوله فرعی شناسایی گردید.

کدگذاری محوری

در کدگذاری محوری یکی از مقوله‌های کدگذاری باز به عنوان مقوله محوری انتخاب گردیده و در مرکز فرایند قرار گرفته و سایر مقوله‌ها به آن ربط داده می‌شود. طبق نظر استراوس و کوربین (۱۹۹۸) در الگوی پارادایمی بر سه رکن شرایط، کنش و واکنش و پیامد تمرکز دارد که در آن مقوله‌های فرعی مجموعه‌ای از روابطی که نشان‌دهنده شرایط علی پدیده، زمینه، شرایط مداخله‌ای، راهبرد (کنش و واکنش)، پیامد هستند که به مقوله‌ها مرتبط می‌شوند.

کدگذاری انتخابی

در این مرحله پس از تعیین مقوله محوری و مشخص کردن سایر مقوله‌ها حول مقوله محوری به صورت یک الگوی پارادایمی ترسیم می‌شود. در ادامه با استفاده از کدگذاری انتخابی، ارتباط بین مقوله‌ها شناسایی شده و الگوی مفهومی به صورت یکپارچه در شکل شماره ۱ ارائه گردیده است. پس از فرایند کدگذاری نظری در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی یا گزینشی در قالب نظریه داده‌بنیاد صورت گرفت که از ۳۷۰ کد اولیه شناسایی شده در بررسی و مقایسه به ۱۲۰ مفهوم تقلیل یافت و در ادامه با کنار هم قرار دادن مفاهیم منتظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شدند که در واقع ترکیبی از چند مفهوم می‌باشند. بر این اساس ۲۴ مقوله فرعی و ۶ مقوله اصلی شناسایی گردید.

مبانی مؤلفه‌ها و شاخص‌های شناسایی شده در بخش کیفی طراحی گردید و در اختیار جامعه آماری مت Shank از مدیران اجرایی و کارشناسان حوزه سلامت قرار گرفت. با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳ مورد تحلیل قرار گرفت تا روابط علی میان متغیرها، پایایی و روایی ابزار سنجش و برآش مدل مورد آزمون قرار گیرد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی خبرگان

در مرحله اول (داده‌بنیاد) ۴۰٪ از خبرگان زن و ۶۰٪ مرد هستند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه مردان می‌باشد. ۱۰۰٪ از خبرگان دارای مدرک تحصیلی دکتری می‌باشند. از لحاظ سابقه خدمت، ۲۰٪ بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه خدمت دارند، ۴۰٪ بین ۱۱ تا ۲۰ سال و ۴۰٪ بین ۲۱ تا ۳۰ سال. سمت سازمانی ۴۰٪ خبرگان مدیر ارشد و ۴۰٪ نیز مدیر اجرایی و ۲۰٪ خبرگان هیئت‌علمی می‌باشند.

در مرحله دوم (دلیل فازی) ۴۰٪ از خبرگان زن و ۶۰٪ خبرگان مرد هستند، بیشترین فراوانی را خبرگان مرد دارند. ۸۰٪ از خبرگان دارای مدرک تحصیلی دکتری و ۲۰٪ دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌باشند. از لحاظ سابقه خدمت، ۶۶٪ بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه خدمت دارند، ۴۰٪ بین ۱۱ تا ۲۰ سال و ۳۳٪ بین ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه خدمت دارند. سمت خبرگان ۳۳٪ مدیر ارشد و ۳۳٪ نیز مدیر اجرایی و ۳۳٪ خبرگان هیئت‌علمی و ۲۰٪ مجریان می‌باشند.

در مرحله سوم ۴۱/۴ درصد پاسخ‌دهندگان زن و اکثریت پاسخ‌دهندگان را مردان (۵۸/۶٪) تشکیل می‌دهند. از نظر تحصیلات، کارشناسی ارشد با ۴۶/۳٪ بیشترین فراوانی را دارد و دکتری ۱۶/۷٪. سابقه خدمت، کمتر از ۱۰ سال ۴۴/۷٪ گروه ۲۰-۱۰ سال با ۴۳/۵٪ غالب است و بیشتر از ۲۰ سال ۳۱/۸٪ است. از نظر سمت سازمانی، کارشناسان با ۵۳/۲٪ کارشناس مسئول ۲۷/۶٪؛ مدیر میانی ۲۵/۵٪ و مدیر اجرایی ۱۱/۷٪ بیشترین فراوانی را دارند. اکثر پاسخ‌دهندگان (۵۱/۶٪) استخدام رسمی هستند و بیشتر آن‌ها (۴۹/۲٪) در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی مشغول به خدمت می‌باشند.

کدگذاری باز

در این پژوهش در پایان هر مصاحبه مطالب ضبط شده به صورت نوشتاری ثبت شد و سپس با دقت مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت، به نکات کلیدی در هر جمله یک کد اولیه

عوامل زمینه‌ای

اجتماعی: درآمد، تحصیلات، موقعیت اجتماعی، موقعیت جغرافیایی

سیاسی: تأثیر سیاست‌های داخلی و خارجی، اراده و تعهد رهبران سیاسی، سوءگیرهای سیاسی

اقتصادی: نرخ بیکاری و تورم، سرانه سلامت، محدودیت منابع، افزایش رشد دهکه‌های پایین

فرهنگی: باورها و ارزش‌های اجتماعی، فرهنگ مطالبه‌گری، فرهنگ عمل‌گرایی، نقش رسانه، اعتماد عمومی

فناوری: سامانه اطلاعات سلامت، دسترسی آسان به اطلاعات سلامت، استفاده از فناوری روز دنیا

روابط بین‌الملل: ارتباط با سایر کشورهای، پیروی از سازمان بهداشت جهانی، تحریم‌ها، بهروزرسانی شاخص‌های سلامت

راهبردها

ایجاد هماهنگی بین بازیگران
بین بخشی و خارج بخشی

تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام
فرایند خطمنشی گذاری
شفافیت، حاکمیت قانون، پاسخگویی،
مشارکت، عدالت

پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها
ایجاد، پاسخگویی سایر نهادها ایجاد
ضمانت اجرایی، نظارت بر اجرای پیوست
عدالت

ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت
معتبر، یکپارچه، قابل دسترس، شفاف

مشارکت سایر بازیگران در اجرای
طرح‌های سلامت
بخش خصوصی، سازمان‌های بیمه‌گر،
جامعه مدنی

نظارت بر تعارض منافع در بین
بازیگران سلامت
خطمنشی گذاران، مجریان، افراد ذی نفوذ،
سازمان: نگاه

اجراي خطمنشی‌های عمومي

سلامت مبتنی بر عدالت
ماهیت خطمنشی شفافیت،
عدالت محوری، تعریف
شخص، ابزار خطمنشی،
عدم تعارض با استناد
بالادستی

رویه‌های اجرای خطمنشی
شفافیت، یکپارچگی و وحدت
روید، ضمانت اجرایی، عدم
تعارض با سایر قوانین،
عدالت محور

ارزیابی اجرای خطمنشی‌های
ارزیابی در حین اجراء شنیدن
صدای مردم، بهبود کیفیت
مستمر، سنجش شاخص‌های
عدالت سلامت، سنجش
میزان تحقق اهداف مورد
انتظار، توسعه اهداف

عوامل على

ویژگی‌های خطمنشی گذاران
دانش، مهارت، تجربه،
مشارکت، تعهد،
مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی
رهبری، حمایت از مجریان
نظرارت و کنترل
عدم وابستگی حزبی و
عدم اشتغال در پست‌های دیگر

خطمنشی گذاری مبتنی بر
حل مساله، عدالت، شواهد، خرد
ساخترهای خطمنشی
رویکرد بالا به پایین، پایین به بالا،
ترکیبی، محتوی، بستر هماهنگی بین
بخشی و خارج بخشی، نظارت متمرکز
و غیرمتوجه

عوامل مداخله‌گر

ویژگی‌های مجریان

آگاهی و دانش و مهارت، روحیه مشارکت و همکاری، تعهد و مسئولیت‌پذیری، خلاقیت و انعطاف‌پذیری، انگیزه و آزادی عمل،
تفسیه درست از خطمنشی، آشنایی به بستر اجرای خطمنشی، نگرش عدالت محوری

ساختار سازمان‌های مجری سلامت

شبکه، سلسله‌های مراتبی، بورکراتیک

مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت

مناطق محروم، محدودیت منابع، توزیع منابع مبتنی بر عدالت، میزان دسترسی به منابع

شکل ۱. مدل پارادایمی پژوهش

Figure 1. Research Paradigm Model

استفاده شده است. برای انجام این کار، ابتدا باید مقادیر فازی مثلثی نظرات خبرگان محاسبه شود، سپس برای محاسبه میانگین نظرات n پاسخ‌دهنده، باید میانگین فازی آن‌ها محاسبه شود. در این پژوهش عدد آستانه $0.7/0$ در نظر گرفته شده است؛ بدین معنا که کلیه مفاهیمی که عدد فازی زدایی شده‌اند اگر بالای $0.7/0$ باشند از نظر خبرگان پژوهش مؤثر محسوب می‌شوند، در صورتی که متغیرهایی که عدد فازی زدایی آن‌ها پایین‌تر از $0.7/0$ باشند از نظر خبرگان حزبی مفاهیم تأثیرگذار نیستند و تمامی مواردی که اختیار کمتر از $0.7/0$ را کسب کردند، حذف شده است.

جدول ۱. اعداد فازی استفاده شده در تحلیل فازی

Tabel 1. Fuzzy Number Used in FUZZY Analysis

معادل فازی	معادل ورودی	مقدار موافق
کاملاً موافق	($0.75/0$, $1/0$)	کاملاً موافق
موافق	($0.5/0$, $0.75/0$)	
تاخددی موافق	($0.25/0$, $0.5/0$)	
مخالف	($0.1/0$, $0.25/0$)	
کاملاً مخالف	($0/0$, $0.1/0$)	

در انتهای پرسشنامه، محلی برای اضافه نمودن مؤلفه‌ها یا ابعادی دیگر از دیدگاه پاسخ‌گویان در نظر گرفته شد، که از خبرگان درخواست شد در صورت حس عدم وجود هر معیاری در پرسشنامه، آن را در بخش مربوطه در پرسشنامه وارد نمایند. در ۴ مرحله دلفی فازی انجام شد که در هر مرحله تعدادی شاخص رد شدن و تعدادی هم طبق نظر خبرگان اضافه شدند.

تحلیل دور چهارم دلفی

با حذف معیارهای اشاره شده از پرسشنامه و توزیع مجدد در میان خبرگان و کسب داده‌های مجدد تحلیل دلفی برای دور چهارم صورت پذیرفت که در ادامه نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است:

مدل نهایی پژوهش

به طور کلی نتایج حاصل از انجام چهار مرحله دلفی فازی نشان داد که مدل طراحی شده با ۵۸ شاخص، ۲۶ مؤلفه فرعی و ۶ مؤلفه اصلی مورد تأیید نهایی خبرگان قرار گرفته و به علت عدم معرفی شاخص جدید، به نظر می‌رسد اجماع و اشباع تئوریک حاصل شده است و مدل نهایی پژوهش ارائه شد که در شکل ۲ نشان داده شده است.

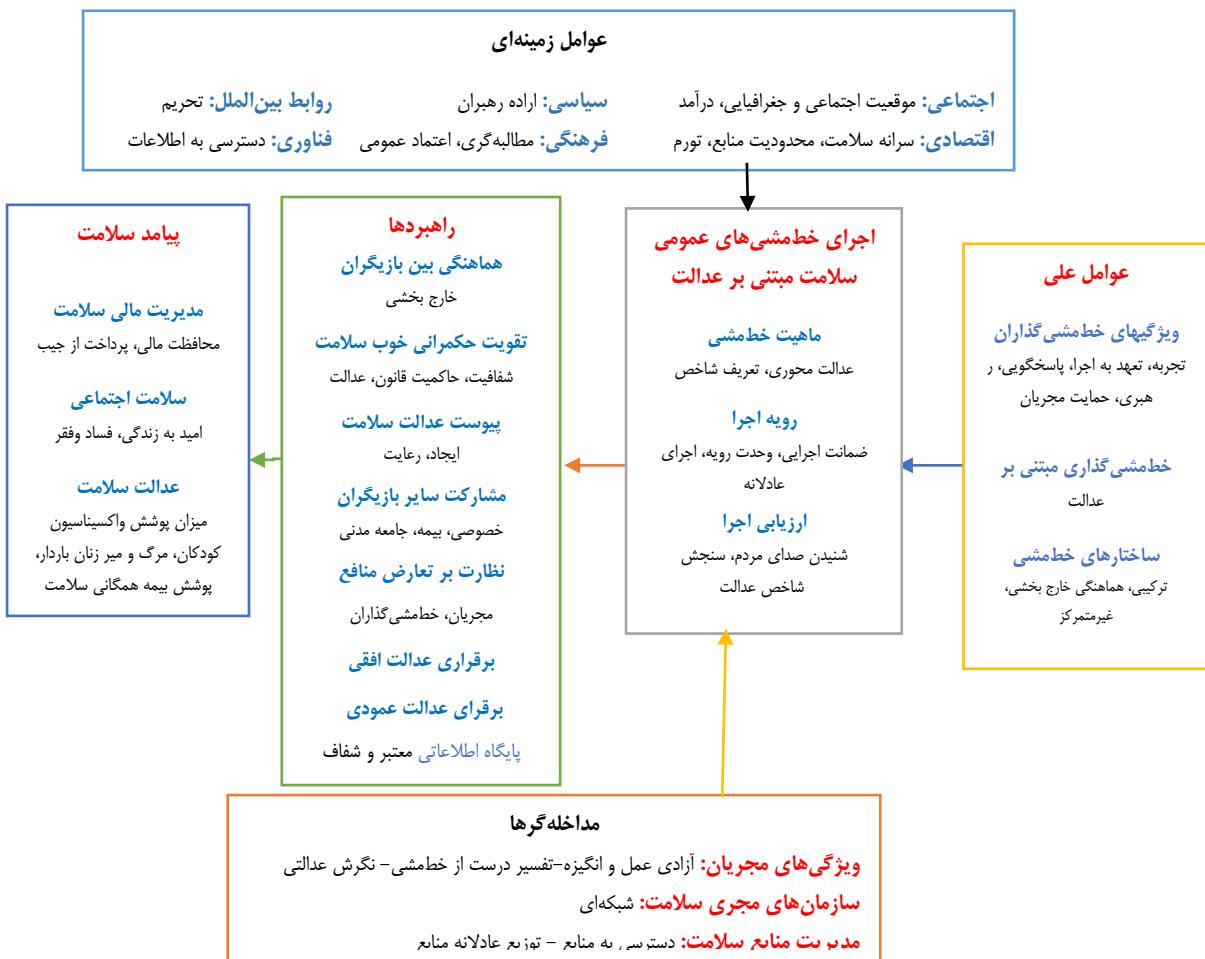
تحلیل دلفی فازی

با توجه به شناسایی شاخص‌ها از طریق مصاحبه و احتمال وجود سوءگیری در نظرات آن‌ها، بهمنظور حصول اطمینان از صحت، دقت، کاربردی بودن و جامعیت مراحل شناسایی شده و رفع سوءگیری‌های احتمالی از تکنیک دلفی فازی چهت دست‌یابی به توافق گروهی بین خبرگان استفاده شد که در این پژوهش ۱۵ نفر از خبرگان سلامت که در حوزه اجرای خطمشی عمومی سلامت سوابق اجرایی یا مشاوره داشتند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند.

نظریه مجموعه‌های فازی «ابزار مناسبی برای مقابله با ابهام و عدم قطعیت در فرایند تصمیم‌گیری است. بنابراین در این پژوهش از روش دلفی فازی برای تأیید و غربال شاخص‌های شناسایی شده استفاده شده است. در روش دلفی از آنجایی که پیش‌بینی‌های ارائه شده توسط متخصصان به صورت اعداد قطعی بیان می‌شود و آن را از دنیای واقعی دور می‌کند. همچنین متخصصان از توانایی‌های ذهنی خود برای پیش‌بینی استفاده می‌کنند و این نشان می‌دهد که عدم قطعیت حاکم بر این شرایط نوعی احتمال است و نه احتمال. امکان عدم قطعیت با مجموعه‌های فازی سازگار است.

برای انجام روش دلفی فازی باید مراحل زیر طی شود: شناسایی شاخص‌های پژوهش با استفاده از بررسی جامع مبانی نظری پژوهش جمع‌آوری نظرات خبرگان تصمیم‌گیری: در این مرحله پس از شناسایی معیارهای زنجیره تأمین، گروه تصمیم‌گیری متشکل از کارشناسان مرتبط با موضوع پژوهش تشکیل و پرسشنامه‌هایی برای تعیین ارتباط شاخص‌های شناسایی شده با موضوع اصلی تحقیق تشکیل می‌شود.

دور اول روش دلفی پس از طراحی مدل اولیه و ایجاد پرسشنامه، انجام گرفت. با توجه به شاخص‌های احصا شده، پرسشنامه دلفی طراحی گردید. در این مرحله با تنظیم پرسشنامه و ارائه این پرسشنامه به منظور غربال‌گری توسط خبرگان، نظرات این پنل خبرگانی دوازده نفری گردآوری و توسط تحلیل دلفی فازی غربال‌گری گردید که نتایج این تحلیل در ادامه ارائه شده است. در پرسشنامه از طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد در تکنیک دلفی فازی معمولاً خبرگان نظریات خود را در قالب متغیرهای کلامی ارائه می‌دهند و غربال‌گری برای آن‌ها ارسال می‌شود که در آن از متغیرهای زبانی جدول ۱. برای بیان اهمیت هر شاخص استفاده شده است. در این پژوهش از اعداد فازی مثلثی



جدول ۲. نتایج نهایی تحلیل نهایی دلفی فازی

Tabel 2. The Final Result of Fuzzy Delphi Analysis

معیارها	میانگین فازی	دیفازی‌سازی	وضعیت
تجربه	۰/۹۳۸	۱	تأیید ۰/۸۱۳
	۰/۹۱۷	۱	تأیید ۰/۸۰۶
	۰/۸۷۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
	۰/۸۳۳	۱	تأیید ۰/۷۷۸
	۰/۸۷۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
پاسخگویی	۰/۹۳۸	۱	تأیید ۰/۸۱۳
	۰/۹۵۸	۱	تأیید ۰/۸۱۹
	۰/۸۹۶	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۹۷۹	۱	تأیید ۰/۸۲۶
	۱/۰۰۰	۱	تأیید ۰/۹۱۷
رهبری	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۸۲۶
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۸۱۳
هماهنگی خارج بخشی	۰/۹۳۸	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۸۷۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
	۰/۹۳۸	۱	تأیید ۰/۸۱۳
	۰/۹۷۹	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۹۷۹	۱	تأیید ۰/۷۸۵
ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	۰/۵	۱	تأیید ۰/۸۰۶
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۷۸
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
خطمشی گذاری سلامت مبتنی بر عدالت	۰/۵	۱	تأیید ۰/۸۱۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۲
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
ماهیت خطمشی	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
ارزیابی خطمشی	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
رویه اجرایی	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹
	۰/۵	۱	تأیید ۰/۷۹۹

ادامه جدول ۲. نتایج تحلیل نهایی دلفی فازی

معیارها	میانگین فازی	دیفارزی‌سازی	وضعیت
عوامل اجتماعی	۰/۸۹۶	۱	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۷۹	۱	۰/۸۲۶ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
عوامل اقتصادی	۰/۸۷۵	۱	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۸۷۵	۰/۵	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۹۵۸	۰/۵	۰/۸۱۹ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
فرهنگی	۰/۹۱۷	۱	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۵۸	۰/۵	۰/۸۱۹ تأیید
فناوری	۰/۸۷۵	۱	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
بین‌المللی	۰/۹۵۸	۰/۵	۰/۸۱۹ تأیید
	۰/۸۷۵	۰/۵	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
ویژگی‌های محربان	۰/۸۵۴	۱	۰/۷۸۵ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
سازمان‌های مجری	۰/۸۵۴	۱	۰/۷۸۵ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
مدیریت منابع	۰/۸۷۵	۱	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
هماهنگی بین بازیگران	۰/۸۹۶	۱	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۸۷۵	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
تقویت حکمرانی خوب	۰/۹۱۷	۱	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
پیوست عدالت	۰/۸۷۵	۱	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
پایگاه اطلاعاتی	۰/۸۷۵	۱	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۸۱۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
جلب مشارکت سایرین	۰/۸۷۵	۱	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
نظرارت بر تعارض منافع	۰/۸۷۵	۱	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
برقراری عدالت افقی	۰/۸۷۱	۱	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۸۱۳	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۸۹۶	۰/۵	۰/۷۹۹ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
برقراری عدالت عمومی	۰/۸۷۲	۱	۰/۸۷۵ تأیید
	۰/۸۷۵	۰/۵	۰/۷۹۲ تأیید
	۰/۸۷۵	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۸۷۹	۰/۵	۰/۷۷۹ تأیید
مال سلامت	۰/۸۳۳	۱	۰/۸۳۳ تأیید
	۰/۸۵۴	۰/۵	۰/۸۵۴ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
سلامت اجتماعی	۰/۸۳۳	۱	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۸۵۴	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
عدالت سلامت	۰/۹۳۸	۱	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۹۳۸	۰/۵	۰/۸۱۳ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید
	۰/۹۱۷	۰/۵	۰/۸۰۶ تأیید

۲. مقوله‌های فرعی به مؤلفه‌های هر بعد تبدیل می‌شوند.
 ۳. مفاهیم و کدهای اولیه استخراج شده از کدگذاری باز،
 مبنای طراحی گوییهای هر مؤلفه قرار می‌گیرند.
 به این ترتیب، پرسشنامه به‌طور مستقیم از یافته‌های
 بخش کیفی استخراج شد.

تحلیل بارهای عاملی مرتبه اول مؤلفه‌های فرعی مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت
 براساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی که در جدول ارائه شده است، این پرسشنامه به‌منظور اعتبارسنجی مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت طراحی شده است. در این پرسشنامه، مؤلفه‌های فرعی شامل ویژگی‌های خط‌مشی‌گذاران، ماهیت و ساختار خط‌مشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت، و ارزیابی خط‌مشی‌ها مورد توجه قرار گرفته است. همچنین عوامل زمینه‌ای متعددی از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، فناوری و بین‌المللی در این پرسشنامه گنجانده شده‌اند. در عوامل مداخله‌گر، توجه ویژه‌ای به ویژگی‌های مجریان و سازمان‌های مجری و مدیریت منابع سلامت شده است. هماهنگی بین بازیگران و تقویت حکمرانی خوب از دیگر ابعاد مهم مورد سنجش بوده‌اند. همچنین راهبردهای چون پیوست عدالت، ایجاد پایگاه اطلاعاتی، جلب مشارکت سایرین، نظارت بر تعارض منافع و برقراری عدالت افقی و عمودی در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند. در نهایت، پیامدهای مورد انتظار شامل بهبود وضعیت مالی سلامت، سلامت اجتماعی و عدالت در سلامت نیز در این مدل سنجیده شده‌اند.

- برای سنجش "ویژگی‌های خط‌مشی‌گذاران سلامت"، گوییه‌ای براساس شاخص‌هایی مانند دانش تخصصی، مهارت، تجربه، روحیه مشارکت، تمهد به اجرا و غیره طراحی می‌شود.

- برای سنجش "ماهیت خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت"، گوییه‌ای براساس شاخص‌های شفاقت، عدالت محوری، تعریف عملیاتی، هدفمند بودن و غیره تنظیم می‌شوند.

- برای سنجش "رویه‌های اجرا"، گوییه‌ها بر مبنای شاخص‌های شفاقت، یکپارچگی، وحدت رویه، اعتماد‌پذیری و غیره طراحی می‌شوند. مقوله‌های اصلی و فرعی به عنوان متغیرهای پنهان یا سازه‌های اصلی پرسشنامه در نظر گرفته می‌شوند و شاخص‌ها به عنوان متغیرهای آشکار یا گوییه‌های پرسشنامه که این سازه‌ها را می‌سنجند، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مدل‌سازی معادلات ساختار

براساس یافته‌های حاصل از مرحله کیفی پژوهش و شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت، به‌منظور اعتبارسنجی و آزمون مدل مفهومی استخراج شده، از رویکرد کمی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات حبی (PLS-SEM) و نرم‌افزار Smart PLS بهره گرفته شد. این روش به دلیل توانایی در تحلیل داده‌ها با حجم نمونه کمتر و عدم نیاز به نرمال بودن داده‌ها، انتخاب مناسبی برای آزمون مدل پژوهش بود. در این مرحله، پرسشنامه‌ای استاندارد بر مبنای مؤلفه‌ها و شاخص‌های شناسایی شده در بخش کیفی طراحی گردید برای تبیین روابطی صوری پرسشنامه خط‌مشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، از نظرات سه نفر از متخصصان حوزه روش‌شناسی و سیاست‌گذاری سلامت استفاده شد و پس از جمع‌آوری دیدگاه‌های آنان، اصلاحات لازم در خصوص نحوه نگارش سؤالات، وضوح و شفاقتی عبارات، و رعایت دستور زبان فارسی انجام گرفت. همچنین برخی از سؤالات به دلیل همپوشانی معنایی با یکدیگر ادغام شدند و در نهایت روابطی و پایایی صوری پرسشنامه توسط این متخصصان مورد تأیید قرار گرفت و پرسشنامه برای اجرا آماده گردید (سرمهد و بازرگان، ۱۴۰۳).

و در اختیار جامعه آماری متشکل از مدیران و کارشناسان حوزه سلامت قرار گرفت. با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳ مورد تحلیل قرار گرفت تا روابط علی میان متغیرها، پایایی و روابط ابزار سنجش و برآنش مدل مورد آزمون قرار گیرد.

بعد از تحلیل کیفی و اعتبارسنجی مدل، پرسشنامه در قسمت کمی براساس مقوله‌های اصلی و فرعی استخراج شده از کدگذاری محوری تنظیم می‌شود. در واقع، کدگذاری محوری که در آن مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با یکدیگر در قالب یک مدل پارادایمی ارائه می‌شوند، مبنای اصلی طراحی سؤالات پرسشنامه قرار می‌گیرد. در این فرایند:

۱. مقوله‌های اصلی تبدیل به ابعاد اصلی پرسشنامه می‌شوند^۱

۱. براساس بخش "شاخص‌ها (مفاهیم)" پرسشنامه طراحی و تنظیم می‌شود. به عبارت دیگر، گوییه‌های پرسشنامه مستقیماً از مفاهیم استخراج شده در ستون سوم جدول (شاخص‌ها) شکل می‌گیرند. برای مثال:

جدول ۳. نتایج تحلیل مرحله اول عاملی تأییدی

Table 3. The Result of First Stage of Confirmatory Factor Analysis

معناداری	t	آماره	بار عاملی	میانگین نمونه	انحراف معیار	مسیر
.0001	40/704	.0/021	.0/846	.0/845	-> 10q	- ماهیت خطمشی
.0001	39/955	.0/021	.0/849	.0/849	-> 11q	- ماهیت خطمشی
.0001	43/719	.0/019	.0/846	.0/846	-> 12q	- ارزیابی خطمشی
.0001	37/268	.0/022	.0/837	.0/837	-> 13q	- ارزیابی خطمشی
.0001	29/175	.0/028	.0/804	.0/804	-> 14q	- رویه اجرا
.0001	27/627	.0/029	.0/808	.0/807	-> 15q	- رویه اجرا
.0001	27/356	.0/029	.0/802	.0/802	-> 16q	- رویه اجرا
.0001	26/655	.0/031	.0/813	.0/813	-> 17q	- عوامل اجتماعی
.0001	22/241	.0/035	.0/772	.0/77	-> 18q	- عوامل اجتماعی
.0001	30/879	.0/026	.0/794	.0/794	-> 19q	- عوامل اجتماعی
.0001	22/306	.0/034	.0/751	.0/749	-> 20q	- ویژگی‌های خطمشی گذاران
.0001	29/399	.0/027	.0/802	.0/8	-> 21q	- عوامل اقتصادی
.0001	22/024	.0/034	.0/752	.0/75	-> 22q	- عوامل اقتصادی
.0001	23/105	.0/034	.0/783	.0/782	-> 23q	- عوامل اقتصادی
.0001	-	1	1	1	-> 24q	- عوامل سیاسی
.0001	45/435	.0/019	.0/865	.0/864	-> 25q	- فرهنگ
.0001	44/629	.0/019	.0/866	.0/866	-> 26q	- فرهنگ
.0001	-	1	1	1	-> 27q	- فناوری
.0001	-	0	1	1	-> 28q	- بین‌المللی
.0001	23/929	.0/033	.0/785	.0/785	-> 29q	- ویژگی‌های مجریان
.0001	29/415	.0/027	.0/807	.0/807	-> 30q	- ویژگی‌های مجریان
.0001	19/599	.0/038	.0/742	.0/744	-> 31q	- ویژگی‌های خطمشی گذاران
.0001	21/898	.0/035	.0/761	.0/761	-> 32q	- ویژگی‌های مجریان
.0001	-	0	1	1	-> 33q	- سازمان‌های مجری
.0001	48/667	.0/018	.0/878	.0/878	-> 34q	- مدیریت منابع سلامت
.0001	39/738	.0/029	.0/865	.0/865	-> 35q	- مدیریت منابع سلامت
.0001	-	0	1	1	-> 36q	- هماهنگی بین بازیگران
.0001	25/755	.0/031	.0/803	.0/804	-> 37q	- تقویت حکمرانی خوب
.0001	30/681	.0/026	.0/808	.0/806	-> 38q	- تقویت حکمرانی خوب
.0001	28/603	.0/028	.0/08	.0/8	-> 39q	- تقویت حکمرانی خوب
.0001	44/352	.0/02	.0/869	.0/87	-> 40q	- پیوست عدالت
.0001	43/84	.0/02	.0/866	.0/867	-> 41q	- پیوست عدالت
.0001	20/488	.0/037	.0/752	.0/75	-> 42q	- ویژگی‌های خطمشی گذاران
.0001	53/341	.0/017	.0/883	.0/883	-> 43q	- پایگاه اطلاعاتی
.0001	45/284	.0/019	.0/874	.0/874	-> 44q	- پایگاه اطلاعاتی
.0001	37/622	.0/023	.0/851	.0/851	-> 45q	- جلب مشارکت سایرین
.0001	32/536	.0/025	.0/826	.0/826	-> 46q	- جلب مشارکت سایرین
.0001	49/07	.0/018	.0/881	.0/881	-> 47q	- نظارت بر تعارض منافع
.0001	51/08	.0/017	.0/878	.0/877	-> 48q	- نظارت بر تعارض منافع
.0001	27/429	.0/029	.0/795	.0/794	-> 49q	- برقراری عدالت افقی

ادامه جدول ۳. نتایج تحلیل مرحله اول عاملی تأییدی

مسیر	بار عاملی	میانگین نمونه	انحراف معیار	آماره t	معناداری
-> ۴۸q	-برقراری عدالت افقی	.۰/۷۸	.۰/۰۲۹	۲۶/۸۹۵	.۰۰۰۱
-> ۴۹q	-برقراری عدالت افقی	.۰/۷۷	.۰/۰۳۴	۲۲/۶۹	.۰۰۰۱
> ۵q	-ویژگی‌های خطمنشی‌گذاران	.۰/۷۸۴	.۰/۰۳۲	۲۴/۱۳۹	.۰۰۰۱
۵۰q	-برقراری عدالت عمودی	.۰/۸۵۹	.۰/۰۲۱	۴۱/۵۶	.۰۰۰۱
۵۱q	-برقراری عدالت عمودی	.۰/۹۶۳	.۰/۰۱۹	۴۶/۴۳۹	.۰۰۰۱
۵۲q	-> مالی سلامت	.۰/۸۷	.۰/۰۱۸	۴۷/۱۳۳	.۰۰۰۱
۵۳q	-> مالی سلامت	.۰/۸۷	.۰/۰۱۹	۴۵/۷۱۸	.۰۰۰۱
۵۴q	-> سلامت اجتماعی	.۰/۸۴۸	.۰/۰۱۹	۴۳/۶۹۷	.۰۰۰۱
۵۵q	-> سلامت اجتماعی	.۰/۸۳۲	.۰/۰۲۳	۳۵/۹۷۳	.۰۰۰۱
۵۶q	-> عدالت سلامت	.۰/۷۶۸	.۰/۰۳۲	۲۴/۳۶۴	.۰۰۰۱
۵۷q	-> عدالت سلامت	.۰/۷۶۵	.۰/۰۳۴	۲۲/۸۰۸	.۰۰۰۱
۵۸q	-> عدالت سلامت	.۰/۸۰۱	.۰/۰۲۸	۲۸/۵۹۹	.۰۰۰۱
۶q	-> خطمنشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت	۱	۱	-	.۰۰۰۱
۷q	-> ساختار خطمنشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	.۰/۸۰۵	.۰/۰۲۸	۲۸/۳۹۵	.۰۰۰۱
۸q	-> ساختار خطمنشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	.۰/۷۹۷	.۰/۰۲۹	۲۷/۷۵	.۰۰۰۱
۹q	-> ساختار خطمنشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	.۰/۷۸	.۰/۰۳۲	۲۴/۱۳۱	.۰۰۰۱
۱q	-> ویژگی‌های خطمنشی‌گذاران	.۰/۷۷۱	.۰/۰۳۳	۲۳/۳۱۴	.۰۰۰۱

این امر نشان می‌دهد که تمامی گویه‌ها به طور معناداری سازه‌های موردنظر را اندازه‌گیری می‌کنند. مقادیر میانگین نمونه نیز بسیار نزدیک به بارهای عاملی اصلی هستند که نشان‌دهنده پایداری نتایج است.

انحراف معیار پایین (اکثراً بین ۰/۰۱۷ تا ۰/۰۳۸) برای اغلب گویه‌ها نشان‌دهنده دقیق براورد مناسب و قابل اعتماد بودن نتایج است. برای متغیرهای تک شاخصی، انحراف معیار صفر گزارش شده که طبیعی است.

به طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری از روانی سازه مناسی برخوردار است و گویه‌های انتخاب شده به خوبی قادر به سنجش مؤلفه‌های فرعی خطمنشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت هستند. این امر به‌ویژه با توجه به مقادیر بالای بارهای عاملی و معناداری آماری روابط قابل استنباط است. این امر حاکی از روانی و پایایی مناسب ابزار اندازه‌گیری در سنجش مدل اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت است.

با توجه به نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول، می‌توان چنین استنباط کرد که تمامی گویه‌ها (شاخص‌ها) دارای بار عاملی قابل قبول (بالاتر از ۰/۷) هستند. به طور خاص، بارهای عاملی از حداقل ۰/۷۴۴ تا حداقل ۱/۰۰۰ متغیر هستند که نشان‌دهنده همیستگی مناسب بین گویه‌ها و سازه‌های مربوطه است. در برخی از متغیرها مانند فناوری، بین‌المللی، سازمان‌های مجری، هماهنگی بین بازیگران و خطمنشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، بار عاملی برابر با ۱/۰۰۰ مشاهده می‌شود که نشان‌دهنده این است که این متغیرها به صورت تک شاخصی اندازه‌گیری شده‌اند که نشان‌دهنده ارتباط بسیار قوی این متغیرها با سازه‌های مربوطه است. در سایر موارد، هر سازه با چندین گویه سنجیده شده است.

معناداری تمامی مسیرها با توجه به مقادیر آماره t (که همگی بزرگ‌تر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ هستند) و سطح معناداری (P-value) برای تمامی روابط برابر با ۰/۰۰۱ است که معناداری روابط را در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌کند.

تحلیل بارهای عاملی مرتبه دوم مؤلفه‌های مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت

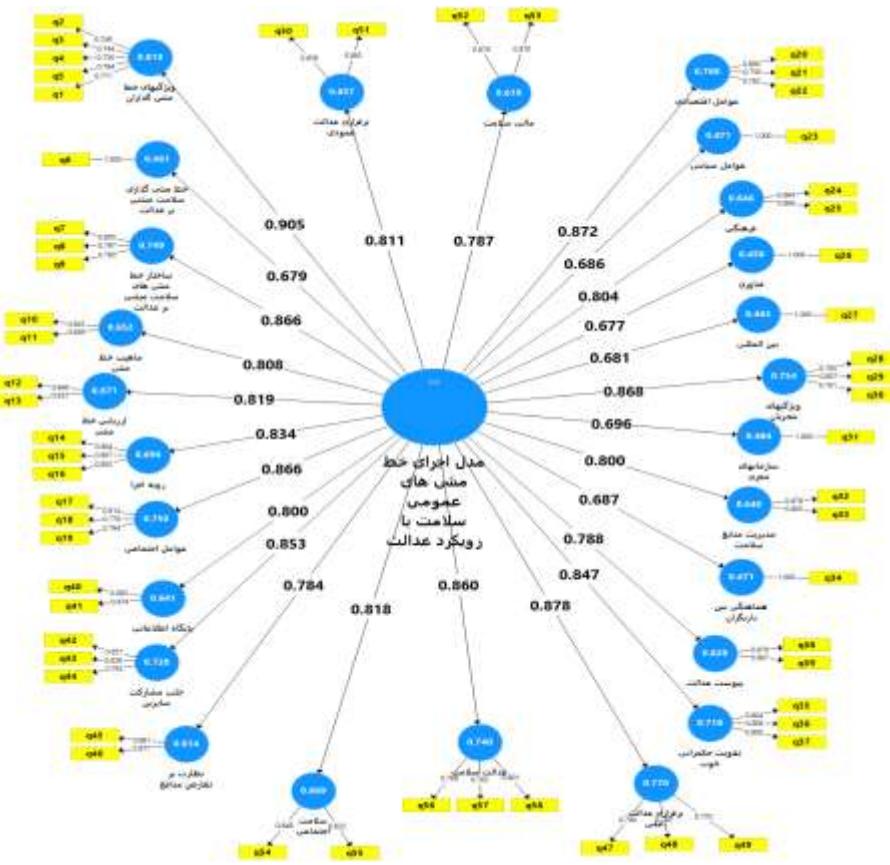
جدول ۴. نتایج تحلیل مرحله دوم عاملی تأییدی

Table 4. The Result of Second Stage of Confirmatory Factor Analysis

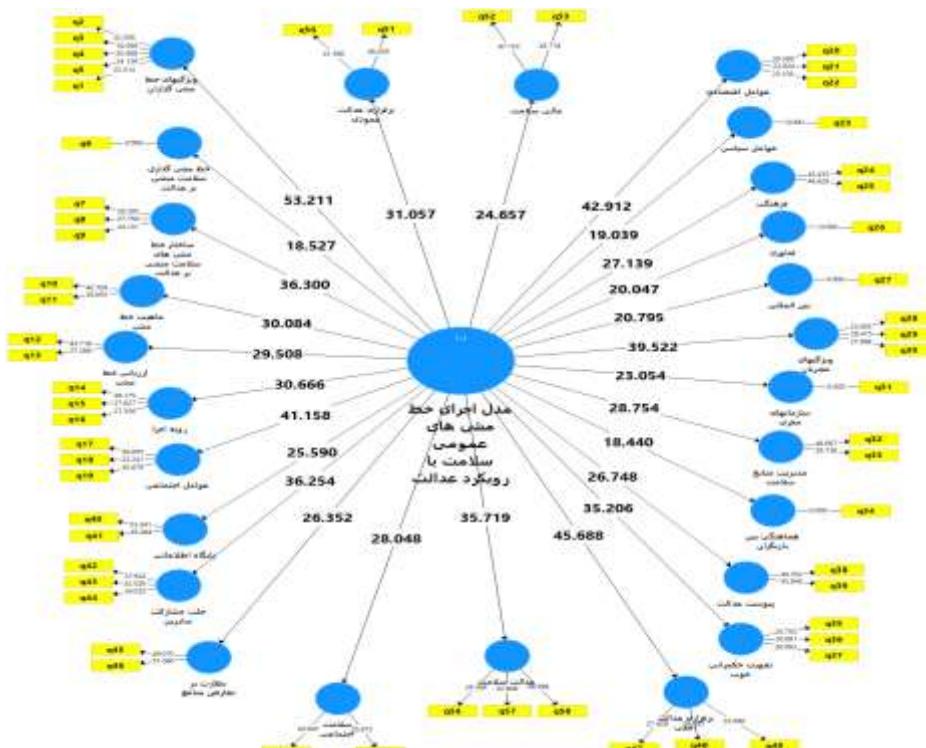
معناداری	آماره t	معیار	انحراف معینگی	نمونه	بار عاملی	مسیر
.۰۰۱	۲۹/۵۰۸	.۰/۰۲۸	.۰/۸۲	.۰/۸۱۹	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> ارزیابی خطمشی	
.۰۰۱	۴۵/۶۸۸	.۰/۰۱۹	.۰/۸۷۸	.۰/۸۷۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> برقراری عدالت افقي	
.۰۰۱	۳۱/۰۵۷	.۰/۰۲۶	.۰/۸۱۳	.۰/۸۱۱	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> برقراری عدالت عمودی	
.۰۰۱	۲۰/۷۹۵	.۰/۰۳۳	.۰/۶۸۳	.۰/۶۸۱	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> بین‌المللی	
.۰۰۱	۲۰/۲۰۶	.۰/۰۲۴	.۰/۸۴۹	.۰/۸۴۷	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> تقویت حکمرانی خوب	
.۰۰۱	۳۶/۲۵۴	.۰/۰۲۴	.۰/۸۵۴	.۰/۸۵۳	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> جلب مشارکت سایرین	
.۰۰۱	۱۸/۵۲۷	.۰/۰۳۷	.۰/۶۸۱	.۰/۶۷۹	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت	
.۰۰۱	۳۰/۶۶	.۰/۰۲۷	.۰/۸۳۵	.۰/۸۳۴	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> رویه اجرا	
.۰۰۱	۳۶/۳	.۰/۰۲۴	.۰/۸۶۶	.۰/۸۶۶	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	
.۰۰۱	۲۳/۰۴۵	.۰/۰۳	.۰/۶۹۸	.۰/۶۹۶	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> سازمان‌های مجری	
.۰۰۱	۲۸/۰۴۸	.۰/۰۲۹	.۰/۸۱۹	.۰/۸۱۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> سلامت اجتماعی	
.۰۰۱	۷۱۹/۳۵	.۰/۰۲۴	.۰/۸۶۱	.۰/۸۶	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> عدالت سلامت	
.۰۰۱	۴۱/۱۵۸	.۰/۰۲۱	.۰/۸۶۷	.۰/۸۶۶	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> عوامل اجتماعی	
.۰۰۱	۴۲/۹۱۲	.۰/۰۲	.۰/۸۷۲	.۰/۸۷۲	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> عوامل اقتصادی	
.۰۰۱	۱۹/۰۳۹	.۰/۰۳۶	.۰/۶۸۵	.۰/۶۸۶	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> عوامل سیاسی	
.۰۰۱	۲۷/۱۳۹	.۰/۰۳	.۰/۸۰۴	.۰/۸۰۴	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> فرهنگی	
.۰۰۱	۲۰/۰۴۷	.۰/۰۳۴	.۰/۶۷۷	.۰/۶۷۷	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> فناوری	
.۰۰۱	۳۰/۶۵۷	.۰/۰۳۲	.۰/۷۸۸	.۰/۷۸۷	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> مالی سلامت	
.۰۰۱	۳۰/۰۸۴	.۰/۰۲۷	.۰/۸۰۸	.۰/۸۰۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> ماهیت خطمشی	
.۰۰۱	۲۸/۷۵۴	.۰/۰۲۸	.۰/۸۰۱	.۰/۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> مدیریت منابع سلامت	
.۰۰۱	۲۶/۳۵۲	.۰/۰۳	.۰/۷۸۴	.۰/۷۸۴	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> نظرات بر تعارض منافع	
.۰۰۱	۱۸/۴۴	.۰/۰۳۷	.۰/۶۸۷	.۰/۶۸۷	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> هماهنگی بین بازیگران	
.۰۰۱	۵۳/۲۱۱	.۰/۰۱۷	.۰/۹۰۵	.۰/۹۰۵	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران	
.۰۰۱	۳۹/۵۲۲	.۰/۰۲۲	.۰/۸۶۹	.۰/۸۶۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> ویژگی‌های مجریان	
.۰۰۱	۲۵/۵۹	.۰/۰۳۱	.۰/۸۰۱	.۰/۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> پایگاه اطلاعاتی	
.۰۰۱	۲۶/۷۴۸	.۰/۰۲۹	.۰/۷۸۹	.۰/۷۸۸	مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت -> پیوست عدالت	

مسیرها است. براساس نظر هیر و همکاران (۲۰۱۹) مقادیر مناسب و قابل قبول بار عاملی در تحلیل عاملی به روش PLS-SEM (بین ۰/۷-۰/۴-۰/۰ می‌باشد. به طور دقیق بار عاملی کمتر از ۰/۴ ضعیف و غیرقابل قبول و بار عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۷ کا قابل قبول و بار عاملی بالای ۰/۷ مطلوب و نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب است. نتایج این تحقیق در اکثر موارد بار عاملی بالای ۰/۷ است که مطلوب و در برخی موارد بار عاملی بالای ۰/۶ بود که قابل قبول است با توجه به معناداری آماری آن‌ها (مقادیر t بزرگ‌تر از ۱/۹۶)، مؤلفه‌ها نقش معناداری در مدل دارند.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم در خصوص مؤلفه‌های فرعی خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت نشان می‌دهد که تمامی روابط از معناداری آماری ($P=0.001$) برخوردار هستند، روابط قوی و معناداری بین متغیر مکنون مرتبه دوم (مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت) و مؤلفه‌های فرعی آن است. انحراف معیارهای کوچک (بین ۰/۰۱۷ تا ۰/۰۳۷) و نزدیکی مقادیر میانگین نمونه به بارهای عاملی اصلی نشان‌دهنده ثبات و پایایی برآوردها است. مقادیر آماره t همگی بسیار بالاتر از حد بحرانی ۰/۹۶ هستند (از ۱۸/۴۴ تا ۵۳/۲۱۱) که همراه با سطح معناداری ۰/۰۰۰ برای تمامی روابط، نشان‌دهنده معناداری قوی تمامی



نمودار ۱. ضرایب مسیر مدل پژوهش



نمودار ۱. مدل در حالت صرایب معناداری

Diagram 2. Model in the Mode of Significant Coefficients

مؤلفه‌های معتبری برای سنجش و ارزیابی اجرای خطمشی‌های سلامت با رویکرد عدالت مورد استفاده قرار گیرند.

تحلیل شاخص نیکویی برازش (GOF) مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت

به طور کلی، این نتایج تأیید می‌کنند که مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت یک سازه چندبعدی است که توسط ۲۶ مؤلفه فرعی به خوبی تبیین می‌شود. قدرت روابط و معناداری آماری بالا نشان می‌دهد که این مؤلفه‌ها به درستی انتخاب شده‌اند و می‌توانند به عنوان

جدول ۵. محاسبه شاخص GOF

Table 5. GOF Index Calculation

شاخص برازش	مقدار	توضیحات محاسبه
میانگین R	۰/۶۴۵	Square R میانگین تمام مقادیر R
میانگین (^2Q) Communality	۰/۴۲۴	میانگین تمام مقادیر Q^2
GOF	۰/۵۲۳	جذر $(0/۶۴۵ \times 0/۴۲۴)$
تفصیر		با توجه به مقادیر ملاک: ۰،۰۱ (ضعیف)، ۰،۲۵ (متوسط) و ۰،۳۶ (قوی)، مقدار ۰/۵۲۳ نشان‌دهنده برازش قوی مدل است.

عبارت دیگر، می‌توان گفت که متغیرهای پنهان به خوبی توسط متغیرهای آشکار خود مورد سنجش قرار گرفته‌اند و می‌توان به نتایج حاصل از برازش مدل اطمینان کرد.

در مجموع، این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت از کیفیت مناسبی برخوردار است و می‌تواند به عنوان یک چارچوب معتبر برای تحلیل و اجرای خطمشی‌های سلامت با رویکرد عدالت محور مورد استفاده قرار گیرد.

بررسی برازش مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت

در راستای محاسبه شاخص نیکویی برازش (GOF)، ابتدا میانگین مقادیر R Square با ۰/۶۴۵ محاسبه شده است. سپس میانگین مقادیر اشتراکی (Communality) که همان Q^2 است برابر با ۰/۴۲۴ به دست آمده است. با قرار دادن این اعداد در فرمول GOF که از جذر حاصل ضرب این دو مقدار به دست می‌آید، عدد ۰/۵۲۳ محاسبه می‌شود.

با توجه به اینکه سه مقدار ۰،۰۱، ۰،۲۵ و ۰،۳۶ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متسط و قوی برای GOF معرفی شده‌اند، مقدار ۰/۵۲۳ نشان‌دهنده برازش کلی قوی مدل است. این نتیجه بیانگر این است که مدل از کیفیت مناسبی در هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری برخوردار است. همچنین این عدد نشان می‌دهد که مدل توانسته است به خوبی واقعیت را تبیین کند و از قدرت پیش‌بینی مطلوبی برخوردار است؛ به

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل

Table 6. Model Fit Indicators

شاخص‌های برازش مدل در PLS Smart	مقدار	حد مطلوب	نتیجه
SRMR	۰/۰۷۹	کمتر از ۰/۰۸	مطلوب
ULS_d	۴/۲۸۷	کمتر از ۵	مطلوب
G_d	۰/۱۵۶	کمتر از ۳	مطلوب
NFI	۰/۹۱۲	بیشتر از ۰/۹	مطلوب
میانگین R^2	۰/۶۴۵	بیشتر از ۰/۳۳	قوی
میانگین (^2Q) Communality	۰/۶۴۳	بیشتر از ۰/۳۳	قوی
(GOF) Fit of Goodness	۰/۵۲۳	بیشتر از ۰/۳۶	قوی
Alpha s'Cronbach	۰/۸۹۷	بیشتر از ۰/۷	بسیار مطلوب
Reliability Composite	۰/۹۲۳	بیشتر از ۰/۷	بسیار مطلوب
(AVE) Extracted Variance Average	۰/۷۲۵	بیشتر از ۰/۵	مطلوب
HTMT	۰/۸۳۴	کمتر از ۰/۹	مطلوب

- ✓ شرایط مداخله‌گر مؤثر بر راهبردهای اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟
- ✓ شرایط زمینه‌ای مؤثر بر راهبردهای اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟
- ✓ راهبردها و استراتژی‌های اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟
- ✓ پیامدهای اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟

در پاسخ به سؤال اول پژوهش اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت به عنوان پدیده محوری تشخیص داده شد و دارای ۱۹ مفهوم و سه مقوله فرعی است. ماهیت خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت، رویه‌های اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت و ارزیابی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت.

۱. ماهیت خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: شفافیت، عدالت محور، دارای تعریف عملیاتی، هدفمند، معرفی شاخص، معرفی ابزار خطمشی و ماهیت باید دارای عدم تعارض با استناد بالادستی باشد.

۲. رویه‌های اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: رویه‌ها روش و واضح، دارای یکپارچگی و وحدت رویه، رویه‌ها دارای انعطاف‌پذیری لازم در برخورد با شرایط متغیر، دارای ضمانت اجرایی و عدم تعارض با سایر قوانین و رویه‌ها عدالت محور باشند.

۳. ارزیابی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: ارزیابی در جین اجر، فراهم کردن بستری برای شنیدن صدای مردم در مورد اجرای خطمشی‌های سلامت، داشتن نظام بهبود مستمر کیفیت، سنجش میزان تحقق شاخص‌ها به ویژه شاخص عدالت سلامت، سنجش میزان تحقق اهداف مورد انتظار و توسعه اهداف.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش شرایط علی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟ شامل ۲۵ مفهوم و سه مقوله فرعی است. مقوله‌های فرعی عبارت‌اند از ویژگی‌های خطمشی‌گذاران سلامت، خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت و ساختار خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت است.

۱. ویژگی‌های خطمشی‌گذاران: دانش تخصصی، مهارت، تجربه، روحیه مشارکت، تعهد به اجرا، پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری، رهبری، حمایت مجریان، نظارت و کنترل، عدم وابستگی حزبی و عدم اشتغال در پست‌های دیگر از جمله

نتایج حاصل از تحلیل مدل با نرم‌افزار Smart PLS نشان می‌دهد که مدل از برازش بسیار مناسبی برخوردار است. شاخص SRMR با مقدار ۰/۰۷۹ که کمتر از حد آستانه ۰/۰۸ است، همراه با شاخص‌های d_{ULS} و d_G (۰/۲۸۷) که به ترتیب کمتر از مقادیر بحرانی ۰/۵ و ۰/۳ هستند، تأییدکننده برازش مناسب مدل می‌باشند. همچنین شاخص NFI با مقدار ۰/۹۱۲ که از حد مطلوب ۰/۹ فراتر رفته است، برازش خوب مدل را تأیید می‌کند.

در بررسی قدرت پیش‌بینی مدل، میانگین ضریب تعیین (R^2) و ضریب تعیین تعديل شده به ترتیب با مقادیر ۰/۶۴۵ و ۰/۶۴۳، همراه با میانگین شاخص Q^2 به میزان ۰/۴۲۴ نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی قوی مدل هستند. شاخص نیکویی برازش (GOF) نیز با مقدار ۰/۵۲۳ که بسیار بالاتر از حد مطلوب ۰/۳۶ است، کیفیت کلی مدل را در سطح بسیار مطلوبی تأیید می‌کند.

در خصوص پایابی مدل، مقادیر آلفای کرونباخ (۰/۸۹۷) و پایابی ترکیبی (۰/۹۲۳) که هر دو بالاتر از حد مطلوب ۰/۷ هستند، پایابی بسیار خوب مدل را نشان می‌دهند. روایی همگرای مدل نیز با توجه به مقدار میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برابر با ۰/۷۲۵ که بالاتر از حد مطلوب ۰/۵ است، تأیید می‌شود. همچنین روایی واگرای مدل با توجه به معیار HTMT برابر با ۰/۰۸۴۳ که کمتر از حد بحرانی ۰/۹ است، در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

در مجموع، تمامی شاخص‌های برازش مدل در محدوده مطلوب قرار دارند که این امر نشان می‌دهد مدل توانسته است به خوبی روابط بین متغیرها را تبیین کند و از اعتبار کافی برای آزمون فرضیه‌ها برخوردار است. این نتایج اطمینان‌بخش، قابلیت اتکا به یافته‌های پژوهش را تأیید می‌کنند.

یافته‌های پژوهش

این پژوهش در مرحله نظریه داده‌بنیاد شش سؤال مطرح گردید سؤالات پژوهش به شرح زیر است که، براساس مصاحبه با خبرگان با راهبرد نظریه داده‌بنیاد پاسخ خبرگان تحلیل گردید که نتایج حاصل از آن در ادامه بیان شده است.

- ✓ مقوله محوری اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟
- ✓ شرایط علی مؤثر بر اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟
- ✓ شرایط علی مؤثر بر اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟

مجریان باید فهم و تفسیر درستی از خطمنشی داشته باشند، مجریان با بستر اجرای خطمنشی اشدایی داشته باشند (ترجیحاً بومی) و جریان دارای نگرش عدالت محوری باشند.
 ۲. ساختار سازمان‌های مجری سلامت: ترکیبی از نظام سلسله‌مراتبی و شبکه‌ای بنا به اقتضاء شرایط و محتوای خطمنشی و بستر خطمنشی متفاوت است و برای اینکه اجرای خطمنشی مؤثر باشد نیاز به یک نظام بورکراتیک است.
 ۳. مدیریت منابع سلامت: محدودیت منابع، مناطق محروم، توزیع منابع مبتنی بر عدالت و میزان دسترسی به منابع.
 ۴. در پاسخ به سؤال پنجم راهبردهای اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟ دارای ۲۳ مفهوم و ۶ مقوله فرعی است. مقوله‌های فرعی شامل ایجاد هماهنگی بین بازیگران، تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایند خطمنشی‌گذاری، پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها، ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت مبتنی بر عدالت، جلب مشارکت سایر بازیگران در اجرای طرح‌های سلامت، نظارت بر تعارض منافع در بین بازیگران سلامت و برقراری عدالت سلامت.

۱. ایجاد هماهنگی بین بازیگران: هماهنگی بین بخشی به عنوان مثال هماهنگی بین دانشگاه و بیمارستان‌های تابعه و هماهنگی خارج بخشی بین نظام سلامت و سایر نهادها.
 ۲. تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایند خطمنشی‌گذاری: شفافیت، حاکمیت قانون، پاسخگویی، مشارکت و عدالت. با توجه به اینکه برای دست‌یابی به عدالت سلامت نیاز که در سیستم سلامت ورودی‌ها که همان خطمنشی‌ها هستند و اجرای خطمنشی‌ها که عملیاتی شدن خطمنشی‌ها است باید بر پایه عدالت باشد تا خروجی که تحقق شاخص‌ها و پیامدها است مبتنی بر عدالت باشد؛ بنابراین یکی از راهکارها تقویت حکمرانی خوب در فرایند خطمنشی‌گذاری نظام سلامت است.

۳. پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها: ایجاد پیوست عدالت سلامت و رعایت این پیوست در همه سیاست‌ها (به عنوان مثال شهرداری‌ها برای عدالت سلامت خطمنشی‌ها و سیاست‌هایی در رابطه با کاهش آلودگی هوا در نظر می‌گیرند یا در شرایط بحران مانند طرح واکسیناسیون کرونا تمام واحدهای خصوصی و عمومی در جهت اسکان و تأمین نیرو به صورت ۲۴ ساعته مشارکت داشته‌اند). پاسخگویی سایر نهادها به رعایت پیوست عدالت سلامت، دارای ضمانت اجرایی و نظارت بر اجرای پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها.

ویژگی‌های شخصیتی هستند که در پژوهش حاضر شناسایی شدند.

۲. خطمنشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت: خطمنشی‌گذاری مبتنی بر خرد، خطمنشی‌گذاری مبتنی بر شواهد و واقعیت، خطمنشی‌گذاری مبتنی بر عدالت، خطمنشی‌گذاری مبتنی بر حل مسئله.

۳. ساختار اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: رویکرد بالا به پایین، رویکرد پایین به بالا، رویکرد ترکیبی، مبتنی بر محتوای خطمنشی، مبتنی بر بستر خطمنشی، هماهنگی بین بخشی و خارج بخشی، نظارت متمرکز و غیرمتمرکز.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش شرایط زمینه‌ای اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟ دارای ۲۴ مفهوم و ۶ مقوله فرعی است که به ترتیب شامل عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل سیاسی، عوامل فرهنگی، عوامل فناوری و عوامل روابط بین‌المللی است.

۱. عوامل اجتماعی: عواملی همانند سطح درآمد، سطح تحصیلات، موقعیت اجتماعی و موقعیت جغرافیایی؛
 ۲. عوامل اقتصادی: نرخ بیکاری، نرخ تورم، سرانه سلامت،

محدودیت منابع سلامت و افزایش رشد دهکه‌های پایین؛
 ۳. عوامل سیاسی: تأثیر سیاست‌های داخلی و خارجی، اراده و تعهد رهبران سیاسی و سوءگیری‌های سیاسی و تعارض منافع؛

۴. عوامل فرهنگی: باورها و ارزش‌های جامعه، فرهنگ مطالبه گری، فرهنگ عمل‌گرایی، نقش رسانه‌ها در جلب مشارکت مردمی، اعتماد عمومی؛

۵. عوامل فناوری: ایجاد پایگاه اطلاعات سلامت معتبر، سامانه اطلاعات سلامت یکپارچه و استفاده از فناوری روز دنیا؛
 ۶. عوامل بین‌المللی: ارتباط با کشورهای پیشرو در زمینه دست‌یابی به عدالت سلامت، پیروی از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی، تأثیر تحریم‌ها و بهروزرسانی شاخص‌های سلامت.

در پاسخ به سؤال چهارم شرایط مداخله‌گر اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟ دارای ۱۵ مفهوم و ۳ مقوله فرعی است. مقوله‌های فرعی شامل ویژگی‌های مجریان، ساختار سازمان‌های مجری سلامت و مدیریت منابع سلامت است.

۱. ویژگی‌های مجریان: دارای آگاهی و دانش و مهارت، دارای روحیه مشارکت و همکاری، دارای تعهد و مسئولیت‌پذیری، دارای خلاقیت و انعطاف‌پذیری، دارای انگیزه و آزادی عمل،

تعارض منافع خطمنشی گذاران و مجریان، برقراری عدالت افقی: فاصله تا اولین مرکز درمانی، برقراری عدالت عمودی: میزان پرداخت از جیب دهکه‌های پایین.

پیامدها: مالی سلامت: محافظت مالی، سلامت اجتماعی: امید به زندگی و کاهش فساد و فقر، عدالت سلامت: میزان پوشش بیمه همگانی.

مدل سازی معادلات ساختاری

اعتبارسنجی و آزمون مدل مفهومی استخراج شده، از رویکرد کمی با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات حزبی (PLS-SEM) و نرمافزار Smart PLS بهره گرفته شد. در مرحله کمی براساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده، می‌توان گفت که تمامی شاخص‌های اندازه‌گیری شده از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند که این امر نشان‌دهنده همبستگی قوی بین متغیرهای مشاهده شده و سازه‌های مکنون است. براساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول، با توجه به اینکه تمامی گویه‌ها دارای بار عاملی قابل قبول (بالاتر از ۰/۷) هستند. به طور خاص، بارهای عاملی از حداقل ۰/۷۴۴ تا حداً ۰/۰۰۰۱ متغیر هستند که نشان‌دهنده همبستگی مناسب بین گویه‌ها و سازه‌های مربوطه است. در برخی از متغیرها مانند دسترسی به اطلاعات در فناوری، تحریم در بین‌المللی، سازمان‌های مجری شبکه‌ای، هماهنگی بین بازیگران بخشی و خطمنشی گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، دارای بار عاملی کامل (۰/۰) هستند که نشان‌دهنده ارتباط بسیار قوی این متغیرها با سازه‌های مربوطه است.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم در خصوص مؤلفه‌های فرعی خطمنشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت نشان می‌دهد که تمامی روابط از معناداری آماری ($P=0.001$) برخوردار هستند. در این تحلیل، بالاترین بار عاملی مربوط به «ویژگی‌های خطمنشی گذاران» با مقدار ۰/۹۰۵ است که نشان می‌دهد این مؤلفه قوی‌ترین نشانگر برای سازه اصلی است. پس از آن، «عوامل اقتصادی» با بار عاملی ۰/۸۷۲ و «ویژگی‌های مجریان» با بار عاملی ۰/۸۶۸ مؤلفه‌هایی مانند برقراری عدالت افقی (۰/۸۷۸)، ساختار خطمنشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت (۰/۸۶۶)، عدالت سلامت (۰/۸۶)، جلب مشارکت سایرین (۰/۸۵۳) و تقویت حکمرانی خوب (۰/۸۴۷) قرار دارند. این مقادیر بالا نشان‌دهنده اهمیت ویژه این مؤلفه‌ها در مدل اجرای خطمنشی‌های سلامت است. در سطح پایین‌تر، عواملی همچون فناوری (۰/۶۷۷)، خطمنشی گذاری سلامت

۴. جلب مشارکت سایر بازیگران در اجرای طرح‌های سلامت: مشارکت بخش خصوصی، سازمان‌های بیمه‌گر، نخبگان و جامعه مدنی.

۵. نظارت بر تعارض منافع در بین بازیگران سلامت: نظارت بر تعارض منافع در بین خطمنشی گذاران، مجریان افراد ذی‌نفوذ و سایر بازیگران.

۶. ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت مبتنی بر عدالت: یک پایگاه اطلاعاتی سلامت دارای ویژگی‌های مانند معتبر بودن، یکپارچگی، قابل دسترس بودن و شفافیت. در پاسخ به سوال ششم پیامدها اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت کدامند؟ مشتمل بر ۱۴ مفهوم و ۳ مقوله فرعی که به ترتیب مدیریت مالی سلامت، سلامت اجتماعی و عدالت سلامت است.

۱. مدیریت مالی سلامت: کاهش پرداخت از جیب، محافظت مالی، کاهش هدر رفت منابع و کارایی و اثربخشی؛

۲. سلامت اجتماعی: امید به زندگی، کاهش فساد و فقر، کاهش جرائم، رضایت مردم و اعتماد عمومی، شفافیت؛

۳. عدالت سلامت: میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال، کاهش میزان مرگ‌ومیر زنان باردار، میزان پوشش بیمه همگانی و دسترسی به آب سالم.

نتایجی که در چهار مرحله نظرسنجی از خبرگان به دست آمده از نظر اهمیت معیارها به شرح زیر می‌باشد:

شرایط علی: ویژگی‌های خطمنشی گذاران را تجربه و تمهد به اجراء خطمنشی گذاری مبتنی بر عدالت، ساختار اجرا ترکیبی و غیرمتصرکز.

پدیده محوری: اجرای خطمنشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: ماهیت خطمنشی معیار عدالت محوری، رویه‌های اجرا معیار ضمانت اجرایی، ارزیابی خطمنشی سنجش شاخص عدالت.

شرایط زمینه‌ای: درآمد، سرانه سلامت، اراده و تعهد رهبران سیاسی، فرهنگ مطالبه‌گری، دسترسی آسان به اطلاعات، تحریم‌ها.

عوامل مداخله‌گو: ویژگی‌های مجریان: فهم و تفسیر درست از خطمنشی و نگرش عدالت محور، ساختار سازمان‌های مجری: ساختار شبکه‌ای؛ مدیریت منابع سلامت: توزیع عادلانه منابع.

راهبردی: هماهنگی بین بازیگران: خارج بخشی (بین بخش سلامت و سایر نهادها)، در مورد حکمرانی خوب: شفافیت و حاکمیت قانون ایجاد پیوست عدالت، ایجاد پایگاه اطلاعاتی شفاف، مشارکت بخش خصوصی و جامعه مدنی، نظارت

پیکانبور و همکاران (۲۰۱۸)، شاخص‌های دسترسی به خدمات و عدالت در سلامت مطرح کردند و افزایش مجموع هزینه‌های سلامت را عدم موفقیت طرح تحول سلامت بیان کردند که در پژوهش حاضر به این شاخص‌ها اشاره شده است. میرزمانی (۲۰۱۹)، یکی از موانع اجرا را سیاست‌های بروکراتیک می‌داند که با نتایج این پژوهش هم‌راستا است.

ابراهیمی (۲۰۲۰)، تأثیر فشارهای سیاسی- تحریمی بین‌المللی در اجرای طرح تحول سلامت بیان می‌کند که یکی از عوامل زمینه‌ای در این تحقیق بیان شده است.

کری و فریل (۲۰۱۵) برای بهبود شاخص عدالت سلامت بر حکمرانی، استفاده از ساختار شبکه‌ای و تعامل بازیگران خطمشی و زمینه توجه شده است. اسمیت و همکاران (۲۰۱۹) اهمیت راهبردهای هماهنگی بین بخشی برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت در همه سیاست‌ها برای دست‌یابی به عدالت سلامت مطرح می‌کند.

گایل (۲۰۲۰)، توزیع و مدیریت عادلانه و کاهش پرداخت از جب بیان می‌کند که شاخص‌های مطرح شده در تحقیق حاضر نیز است. فیشر و همکاران (۲۰۲۲) که شاخص دسترسی عادلانه به منابع سلامت و اصلاح رویکرد بالا به پایین را مطرح می‌کند که با یافته‌های این پژوهش در یک راستا است.

فورت (۲۰۲۳)، مجریان برنامه می‌توانند با اصلاح و بهبود زیرساخت‌ها، توزیع منابع سلامت نویدبخش افزایش عدالت سلامت از طریق تأثیرگذاری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است در شاخص‌های تحقیق اشاره شده است. وحدانی‌نیا و وثوق مقدم (۲۰۱۸)، بر عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی بر خطمشی‌های عمومی سلامت اشاره دارد. آنچه در پژوهش حاضر داشت افزایی کرده است مفاهیمی است که در طول مصاحبه با خبرگان سلامت از نظر شدت و تکرار به عنوان مفاهیم مهم که در پژوهش‌های پیشین به ویژه تحقیقات داخلی کمتر به آن پرداخته شده نظر نظرات بر تعارض منافع بازیگران سلامت، مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت، تقویت حکمرانی خوب سلامت، مشارکت سایر بازیگران، هماهنگی بین بازیگران یا به عنوان مفاهیم جدیدی مانند خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، پیوست عدالت در همه سیاست‌ها، ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت، پیامد سلامت اجتماعی و طراحی الگوی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت مطرح شده است.

پیشنهادهای پژوهش

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

مبتنی بر عدالت (۰/۶۷۹)، عوامل بین‌المللی (۰/۶۸۱)، عوامل سیاسی (۰/۶۸۶) و هماهنگی بین بازیگران (۰/۶۸۷) قرار دارند که اگرچه بار عاملی آن‌ها نسبتاً پایین‌تر است، اما همچنان از حد قابل قبول $\frac{۴}{۰}$ بالاتر بوده (هیر و همکاران، ۲۰۱۹) و روابط معناداری را نشان می‌دهند. با توجه به معناداری آماری آن‌ها (مقادیر \pm بزرگ‌تر از $۰/۹۶$)، می‌توان گفت که این مؤلفه‌ها نیز نقش معناداری در مدل دارند.

این نتیجه بیانگر این است که مدل از کیفیت مناسبی در هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری برخوردار است. همچنین GOF با مقدار $۵/۲۳$ نشان می‌دهد که مدل توانسته است به خوبی واقعیت را تبیین کند و از قدرت پیش‌بینی مطلوبی برخوردار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که متغیرهای پنهان به خوبی توسط متغیرهای آشکار خود مورد سنجش قرار گرفته‌اند و می‌توان به نتایج حاصل از برازش مدل اطمینان کرد.

نتایج حاصل از تحلیل مدل با نرم‌افزار PLS نشان می‌دهد که مدل از برازش بسیار مناسبی برخوردار است. در مجموع، تمامی شاخص‌های برازش مدل در محدوده مطلوب قرار دارند که این امر نشان می‌دهد مدل توانسته است به خوبی روابط بین متغیرها را تبیین کند و از اعتبار کافی برای آزمون فرضیه‌ها برخوردار است. این نتایج اطمینان‌بخش، قابلیت اتکا به یافته‌های پژوهش را تأیید می‌کنند.

مروری بر نتایج تحقیقات پیشین و مقایسه آن با پژوهش حاضر مؤید ادعای پژوهش حاضر است، برخی از تحقیقات پیشین مربوط به اجرای خطمشی‌های عمومی در حوزه‌های دیگر به غیر از سلامت است. مقایسه یافته‌های پژوهش با پژوهش‌های پیشین علی‌رغم تفاوت حوزه‌ها با حوزه تحقیق فوق نشان می‌دهد که در برخی موارد اشتراکاتی وجود دارد.

جعفری‌نیا و همکاران (۱۳۹۸)، نیز به ساختار شبکه‌ای در حاکمیت شبکه وزارت بهداشت اشاره داشته است. عباسی و همکاران (۲۰۱۶) رابطه معنادار عوامل متعددی نظری ویژگی‌های مجریان، سازمان‌های مجری، نقش خطمشی‌گذاران و عوامل محیطی که با اجرای خطمشی‌های عمومی دارند اشاره دارند، که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. کمالی و همکاران (۲۰۱۹)، نیز مجریان، ساختار، سازمان‌های مجری به عنوان معیارهای اجرا بیان می‌کنند.

سجادی و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی منجر به نادیده گرفتن برخی ذی‌نفعان و عدم توجه به هماهنگی حوزه‌های بهداشت درمان می‌شود که در پژوهش حاضر نیز این رویکرد از نظر خبرگان رد شد.

و افزایش آگاهی و سود سلامت در جامعه اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت را در راستای تحقق عدالت تسهیل کرد.

ایجاد و اجرای پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌های کشور، هر پیشنهاد سیاسی که مطرح می‌شود از منظر عدالت در سلامت در خصوص اجرای طرح یا پیامدهای ناشی از اجرای طرح باید مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد.

با توجه به خلاً تحقیقاتی در زمینه اجرا و ارزیابی خطمشی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت بنابراین تحقیقاتی در مورد ارائه الگوی ارزیابی و اجرای خطمشی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر پیشنهاد می‌شود.

ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بسیار متمرکز و از نوع سلسله‌مراتبی است که بهتر است به ساختار شبکه‌ای تغییر پیدا کند.

پیشنهاد می‌شود مدیریت منابع سلامت از طریق خرید راهبردی خدمات با بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه درمان و تدوین تعریفه مبتنی بر شواهد با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی و همچنین رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب و ایجاد فضای رقابتی بین بخش‌های دولتی و غیردولتی و با تأکید بر پوشش بیمه مناطق محروم.

تحصیص یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت بهویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقسام نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

نظرارت بر پوشش بیمه همگانی توسط دولت با شناسایی جمعیت هدف با اولویت جمعیت‌های آسیب‌پذیر و نیازمند و با استفاده از سطح‌بندی خدمات با هدف ارائه خدمات بهنگام و با کیفیت و حفاظت مالی افراد در مقابل هزینه‌های سلامت با افزایش پوشش بیمه درمانی و کاهش پرداخت از جیب که در نهایت برقراری عدالت در برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی برای همگان و منجر به تحقق عدالت در سلامت می‌شود.

ارتقای کیفیت خدمات درمانی با محوریت عدالت، پاسخگویی، شفافیت، تقویت حکمرانی خوب در فرایند خطمشی گذاری عمومی سلامت بهویژه در اجرای خطمشی با توجه به اینکه یکی از اصول پنجگانه آن عدالت است

همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی دو راهبرد اصلی در برقراری عدالت در سلامت است. با افزایش جلب مشارکت نهادهای دولتی و غیردولتی و بسیج منابع و امکانات سایر نهادها و استفاده از تمام ظرفیت‌های دانشی و تجارب سازمانی

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تحت عنوان «شناسایی و اعتبار سنجی مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت» است. از همه اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها، مدیران ارشد، مدیران اجرایی بخش سلامت برای همکاری در جمع‌آوری اطلاعات و تدوین این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، سپاسگزاری می‌نمایم.

References

- Ababsi, A., Motazadiyan, R., & Miraii, M. (2016). Investigation the barriers of Public Policy Implementation in Governmental Management Researches, *ORMR*, 6(2), 49-69. (In Persian) Dor: [20.1001.1.22286977.1395.6.2.4.4](https://doi.org/10.1.22286977.1395.6.2.4.4)
- Abbasi, T., & Beygi, V. (2016). Explaining the Challenges of the Implementation of Public Policies in the Field of Science, Research and Technology. *Journal of Science and Technology Policy*, 9(3), 1-12. (In Persian) D0r: [20.1001.1.20080840.1395.9.3.2.8](https://doi.org/10.1.20080840.1395.9.3.2.8)
- Alvani, S. M., & Shlaviri, M. (2017). *Implementation of public policy: theoretical perspectives and practical solutions*. Publication of the Presidential Public Administration Training Center. First edition.

- Bazargan, A., Sarmad, Z., & Hijazi, E. (2023). *Research Methods in Behavioral Sciences*. Agah publishers.
- Carey, G., & Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), 795. DOI: [10.15171/ijhpm.2015.185](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185)
- Ebrahim, S.A., Farhadinejad, M., & Baki Hashemi, S.M.M. (2020). Policy Analysis of the Health System Based on the Advocacy Coalition Frameworks (Case Study: Iran's Health system Reform plan). *Strategic Studies Quarterly (SSQ)*, 23(2), 95-112. (In Persian) Dor: [20.1001.1.17350727.1399.23.88.4.3](https://doi.org/10.1001.1.17350727.1399.23.88.4.3)
- Eslava-Schmalbach, J., Garzón-Orjuela, N., Elias, V., Reveiz, L., Tran, N., & Langlois, E. V. (2019). Conceptual framework of equity-focused implementation research for health programs (EquIR). *International Journal for Equity in Health*, 18, 1-11. Doi:[10.1186/s12939-019-0987-4](https://doi.org/10.1186/s12939-019-0987-4)
- Fisher, M., Harris, P., Freeman, T., & Mackean, T. (2022) Implementing universal and targeted Policies for health equity: lessons from Australia. *Int J Health Policy Manag*, 11(10), 2308–2318. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.157>
- Fort, M. P., Manson, S. M., & Glasgow, R. E. (2023). Applying an equity lens to assess context and implementation in public health and health services research and practice using the PRISM framework. *Frontiers in Health Services*, 3, 1139788. DOI: [10.3389/frhs.2023.1139788](https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1139788)
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2019). *Studying public policy : policy cycles policy subsystems*. Translated by Abbas Manourian. Tehran. Mehraban Publication.
- Kahn, B., Brown, L., Foege, W., & Gayle, H. (Eds.). (2020). Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine. <https://doi.org/10.17226/25917>.
- Kaikhavani, S., Saffarinia, M., Alipor, A., & Farzad, V. (2020). Development of social dimensions of health from the perspective of urban management. *Social Psychology Research*, 10(38), 41-64. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/spr.2020.114688>
- Kamali, A., Mohammadzadeh, Kh.A., Sadr, S.S., Fayaz Bakhsh, A., Tofiqhi, S., Olyaei Manesh, A.R., Pourreza, A.H., & Tabrizchi, N. (2022). Equity in Iran's Health System. *Journal of Culture and health promotion (Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran)*, 6(2), 292-301. (In Persian) URL: <http://ijhp.ir/article-1-553-en.html>
- Kamali, Y., Sheikhzadeh Joshani, S. & Ahmadinejad, F. (2019). Implementation of public policies; Provide criteria for successful implementation of policies. *Public Policy Quarterly*, 6(2), 253-275. (In Persian) DOI: [10.22059/JPPOLICY.2020.77621](https://doi.org/10.22059/JPPOLICY.2020.77621)
- Latifi Jaliseh, S., & Jafarinia, S., Kheirandish, M., & Hassanpoor, A. (2018). Pattern of Network Resource Management in Network Governance of the Ministry of Health and Medical Education, *Iranian Journal of Public Policy*, 5(3), 113-139. (In Persian) Doi: [10.22059/ppolicy.2019.73710](https://doi.org/10.22059/ppolicy.2019.73710)
- Ministry of Health and Medical Education (2015). Health program and improving the quality of life of Isfahan province in the sixth five-year development plan of the Islamic Republic of Iran (2015-2019)
- Mirzamani, A., Akhavan Alavi, S.H., Hajinezhadi, E., (2019). Understanding the Role of Bureaucratic Politics in Public Policy Implementation in Iran: Case study of the Law on the Implementation of General Principles of Article 44 of the Constitution. *Iranian Journal of Public Policy*, 5(4), 57-73. (In Persian) Doi: [10.22059/jppolicy.2020.75194](https://doi.org/10.22059/jppolicy.2020.75194)
- Mohammadi, H.R., Pourezzat, A.A., Abooyee, M., & Mortazavi, M. (2022). Policy resistance in the Health System Reform Plan. *Strategic Management Studies of National Defense Studies*, 6(22), 103-132. (In Persian) Dor: [20.1001.1.74672588.1401.6.22.4.3](https://doi.org/10.1001.1.74672588.1401.6.22.4.3)

- Monavvarian, A. (2016). The implementation model of administrative reform with learning approach. *Journal of Public Administration (JPA)*, 4(4), 839-864. (In Persian) Doi:[10.22059/jipa.2015.51040](https://doi.org/10.22059/jipa.2015.51040)
- Nikravan, A., & Ahmadi, A. M. (2018). Equality and Equity in Utilization of Health Services in Iran; Indirect Standardization Approach. *Hakim*, 21(1), 28-40. (In Persian) URL: <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-1855-fa.html>
- Peikanpour, M., Esmaeli, S., Yousefi, N., Aryaeinezhad, A., & Rasekh, H.R. (2018). A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh*, 17(5), 481-494. (In Persian) Doi: [20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1](https://doi.org/10.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1)
- Sajadi, H., Hosseini, M., Dehghani, A., Khodayar,i R., Zandiyan, H., Hosseini, H. (2018). The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services. *Hakim*, 21(2), 71-88. (In Persian) URL: <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-1720-fa.html>
- Smith, M. J., & Weinstock, D. (2018). Reducing health inequities through intersectoral action: balancing equity in health with equity for other social goods. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(1), 1-3. Doi:[10.15171/ijhpm.2018.103](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.103)
- Sonboli, F., Nosratinezhad, F., Basakha, M. (2023). A comparative analysis of health equity in Iran's development plans. *journal of Health Administration*, 26(91), 152-168. (In Persian) URL: <http://jha.iums.ac.ir/article-1-4279-fa.html>
- Vahdaninia, V., & Vosoogh Moghaddam, A. (2018). Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. *Payesh*, 17(6), 631-646. (In Persian) Doi: [20.1001.1.16807626.1397.17.6.8.2](https://doi.org/10.1001.1.16807626.1397.17.6.8.2)
- Vahdati, H., & Montazerinajafabadi, R., (2020). Diagnosis of Government Policy Implementation in Iranian Universities of Medical Sciences by Shannon Entropy Approach. *Manage Strat Health Syst*, 5(3), 209-226. (In Persian) Doi: [10.18502/mshsj.v5i3.4905](https://doi.org/10.18502/mshsj.v5i3.4905)