

Public Organizations Management *Open Access*

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

 DOI: <https://doi.org/>

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. Associate Professor, Department of Human Resource Management, Malek Ashtar University of Technology, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. 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.

KEYWORDS

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، (۱۰۶-۸۱)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۳۱

doi DOI: <https://doi.org/>

«مقاله پژوهشی-پیمایشی»

شناسایی و اعتبارسنجی مدل اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت

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

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

نویسنده مسئول: مجید رمضان

رایانامه: Ramezan@mut.ac.ir

استناد به این مقاله:

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

چکیده

سلامتی در تمام جوامع به‌عنوان 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، گذراری انجام شد در تحلیل داده‌ها، در نهایت به ۱۲۰ مفهوم و ۲۴ 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 مقوله 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 اسمارت 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.

حق انتشار این مستند، متعلق به نویسندگان آن است. © ۱۴۰۳. 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/>

مقدمه

سلامتی به‌عنوان 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 پزشکی 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 قابل 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. به‌طور اختصاصی 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 به‌طوری 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 پزشکی کشورمان به‌عنوان یکی از اولویت‌های اعلام شده از سوی مقام محترم وزارت بهداشت مدنظر قرار گرفته است. علاوه‌بر برنامه‌های پیشین

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 بُعد 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 بُعد می‌تواند پوشش همگانی سلامت را، چه از نظر گستره و چه از نظر عمق خدمات، تحت تأثیر قرار دهد. در خصوص بعد مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات سلامت نیز، که سهم پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت را با در نظر گرفتن ظرفیت پرداخت خانوارها مورد توجه قرار می‌دهد، توجه جدی در برنامه‌ها مشاهده نمی‌شود. وضعیت مقرون‌به‌صرفه 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. به‌علاوه نباید از تغییر در شاخص‌های اقتصاد کلان، ضعف در نظام بیمه‌ای، و بار شدن هزینه‌های سلامت بر دوش خانوارها، از طریق افزایش سهم یا پرداخت مستقیم از جیب، غافل شد (سنیلی و همکاران، ۲۰۲۳).

مطالعاتی که در کشورهای در حال توسعه صورت گرفته نشان می‌دهد که پرداخت از جیب پیش رونده یا متناسب 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 اقشار 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 شده‌اند. 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).

پژوهش‌های پیشین بودیم و از نظر عملی اجرایی نشدن 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 پزشک 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 به‌عنوان موضوع و مسئله بدون اشکال تلقی می‌شد. این دیدگاه با چاپ اثر ویلداوسکی در سال ۱۹۷۳ در زمینه 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

جفری 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 به‌عنوان بنیان‌گذار رویکرد پایین به بالا، با اهمیت دادن به نقش مجریان در سازمان‌های مجری خطمشی در حقیقت آنان به‌گونه‌ای 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 به‌خوبی 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 تحقق 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. به‌طور کلی اگر خطمشی‌ها خوب اجرا نشوند و قابلیت اجرا نداشته باشند در نهایت اجرا نمی‌شوند 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 خلأهای نظری در حوزه سیاست‌گذاری سلامت و با توجه به کم‌سابقه بودن بهره‌مندی از دانش سیاست‌گذاری در میان پژوهشگران حوزه سلامت کشور به نظر می‌رسد، خلأ 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 خلأ

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

۲. بابک نگاهداری^{۱۱} با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای تحقق عدالت در سلامت، شواهد نشان می‌دهد با وضعیت مطلوب در این حوزه فاصله داریم.^{۱۱}

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).

پیشینه 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 به‌صراحت به آن توجه نمی‌کنند. در این تحقیق نتایجی با ابعاد ۵گانه 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 (به‌عنوان مثال، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی) به بهبود عدالت کمک کنند. در حالت ایده‌آل، محققان و متخصصان باید از یک لنز عدالت استفاده کنند که به‌طور 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.

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 موردی 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 روستایی 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. مقرون‌به‌صرفه بودن و ۳. مقبولیت (اختصاص خدمات براساس نیازها)، نتایج نشان می‌دهد که سیاست‌های همگانی، همگانی - متناسب یا هدفمند به‌عنوان 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 فراگیر، ۱۱ مضمون سازمان‌دهنده و ۴۱ مضمون پایه دست یافتند. جهت آزمون شبکه مضامین استنتاج شده و مطابقت آن با واقعیت‌های عینی، راهبرد مطالعه موردی با خطمشی طرح تحول نظام سلامت تطبیق داده شد. نتایج نشان داد که خطمشی طرح تحول سلامت به‌واسطه ویژگی‌هایی همانند: دوام نهادی، ابهام در جانسین‌پذیری، پیچیدگی بالا، هزینه‌های بالای راه‌اندازی و همچنین در اثر پیش‌بینی‌هایی چون درهم‌تنیدگی 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 موردی طرح تحول نظام سلامت)» که با روش تحقیق کیفی با استراتژی تحلیل تم با جامعه آماری کارشناسان و خبرگان نظام سلامت، جامعه نمونه

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 متمرکز 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 تمرکز 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 (به‌عنوان مثال، عدالت در آموزش) متعادل 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 کلی‌تر از عدالت اجتماعی هدایت شود که قادر است به‌طور دقیق بین عدالت در سلامت در مقابل دستیابی سایر بخش‌ها به عدالت تعادل ایجاد کند. برجسته‌ترین و قابل‌توجه‌ترین 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 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 بدنه اجرایی از عدالت توزیعی و همچنین، عدم مشارکت و افتخار 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 عادلانه 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 عادلانه 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 ایمنی سازی همگانی، بررسی پوشش و اثربخشی واکسن؛
۳. توزیع واکسن که شامل ذخیره و شرایط نگهداری و انتقال از لحاظ اثربخش بودن و عادلانه 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.

اسکمالبج^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 برگزیده 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

3. Smith

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 به‌عنوان 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 جهت 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 تعدیل 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 جزبی (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. به‌عنوان مثال ظاهراً ملاحظات عدالت سلامت این‌گونه تعریف می‌شود «سلامت در همه سیاست‌ها» و «ارزیابی 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 تضاد یا همبستگی بین این رویکردها وجود دارد و فرصت‌هایی را در جهت رسیدن به هدف جامع‌تر همان عدالت اجتماعی است کشف کنیم.

پیکان‌پور 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) جامعه آماری 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 باگذشت 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 گردآوری شد، در پایان هر

مبنای مؤلفه‌ها و شاخص‌های شناسایی شده در بخش کیفی طراحی گردید و در اختیار جامعه آماری متشکل از مدیران اجرایی و کارشناسان حوزه سلامت قرار گرفت. با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۳۸۴ نفر به‌عنوان 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 برازش مدل مورد آزمون قرار گیرد.

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 به‌عنوان 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 مجدداً تکرار شد به‌طوری 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 متناظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شدند که در واقع ترکیبی از چند مفهوم می‌باشند. بر این اساس ۲۴ مقوله فرعی شناسایی گردید.

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٪ نیز بین ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه خدمت دارند. سمت سازمانی ۴۰٪ خبرگان مدیر ارشد و ۴۰٪ نیز مدیر اجرایی و ۲۰٪ خبرگان هیئت‌علمی می‌باشند.

در مرحله دوم (دلفی 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٪ نیز 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 ۳۷٪، کارشناسی ارشد با ۴۶/۳٪ بیشترین فراوانی را دارد و دکتری ۱۶/۷٪ سابقه خدمت، کمتر از ۱۰ سال ۲۴/۷٪، گروه ۱۰-۲۰ 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

کدگذاری محوری

در کدگذاری محوری یکی از مقوله‌های کدگذاری باز به‌عنوان 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 متناظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شدند که در واقع ترکیبی از چند مفهوم می‌باشند. بر این اساس ۲۴ مقوله فرعی و ۶ مقوله اصلی شناسایی گردید.

عوامل زمینه‌ای

اجتماعی: درآمد، تحصیلات، موقعیت اجتماعی، موقعیت جغرافیایی
سیاسی: تأثیر سیاست‌های داخلی و خارجی، اراده و تعهد رهبران سیاسی، سوءگیریهای سیاسی
اقتصادی: نرخ بیکاری و تورم، سرانه سلامت، محدودیت منابع، افزایش رشد دهک‌های 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



اجرای خطمشی‌های عمومی

سلامت مبتنی بر عدالت
 ماهیت خطمشی شفافیت،
 عدالت محوری، تعریف
 شاخص، ابزار خطمشی،
 عدم تعارض با اسناد
 بالادستی

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

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

عوامل علی

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

خطمشی‌گذاری مبتنی بر
 حل مساله، عدالت، شواهد، خرد

ساختارهای خطمشی
 رویکرد بالا به پایین، پایین به بالا،
 ترکیبی، محتوی، بستر هماهنگی بین
 بخشی و خارج بخشی، نظارت متمرکز
 و غیرمتمرکز

راهندها

ایجاد هماهنگی بین بازیگران
 بین بخشی و خارج بخشی
 تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام
 فرایند خطمشی‌گذاری
 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 دسترسی، شفاف
مشارکت سایر بازیگران در اجرای
طرح‌های سلامت
 بخش خصوصی، سازمان‌های بیمه‌گر،
 جامعه مدنی

نظارت بر تعارض منافع در بین
بازیگران سلامت
 خطمشی‌گذاران، مجریان، افراد ذی نفوذ،
 سایر بازیگران

پیمدها

مدیریت مالی سلامت
 کاهش پرداخت از جیب
 محافظت مالی، کاهش هدر
 رفت منابع، کارایی و اثربخشی

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

عدالت سلامت
 میزان پوشش واکسیناسیون
 کودکان زیر ۵ سال
 میزان مرگ زنان باردار
 میزان پوشش بیمه همگانی
 دسترسی به آب سالم

عوامل مداخله‌گر

ویژگی‌های مجریان

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

ساختار سازمان‌های مجری سلامت

شبکه، سلسله‌مراتبی، بوروکراتیک

مدیریت منابع 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

تحلیل دلفی فازی

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 $0/7$ در نظر گرفته شده است؛ بدین معنا که کلیه مفاهیمی که عدد فازی‌زدایی شده‌اند اگر بالای $0/7$ باشند از نظر خبرگان پژوهش مؤثر محسوب می‌شوند، در صورتی که متغیرهایی که عدد فازی‌زدایی آن‌ها پایین‌تر از $0/7$ باشند از نظر خبرگان حزیی مفاهیم تأثیرگذار نیستند و تمامی مواردی که امتیاز کمتر از $0/7$ را کسب کردند، حذف شده است.

جدول ۱. اعداد فازی استفاده شده در تحلیل فازی

Tabel 1. Fuzzy Number Used in FUZZY Analysis

مقدار ورودی	معادل فازی
کاملاً موافقم	(۱، ۱، ۰/۷۵)
موافقم	(۱، ۰/۷۵، ۰/۵)
تأخوری موافقم	(۰/۷۵، ۰/۵، ۰/۲۵)
مخالقم	(۵، ۰/۲۵، ۰/۰)
کاملاً مخالفم	(۰/۲۵، ۰/۰، ۰/۰)

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 شدند 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

به‌طور 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.

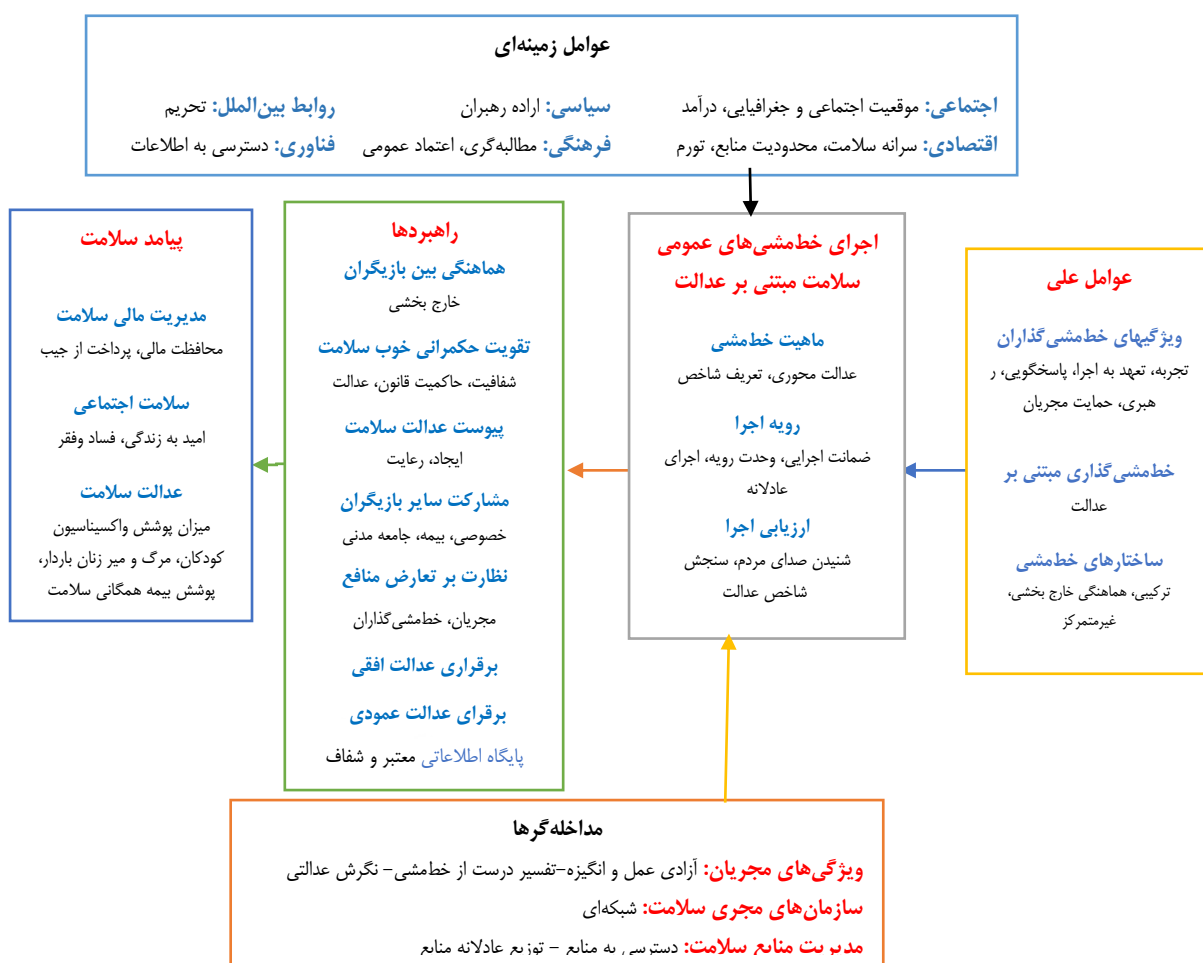
با توجه به شناسایی شاخص‌ها از طریق مصاحبه و احتمال وجود سوءگیری در نظرات آن‌ها، به‌منظور حصول اطمینان از صحت، دقت، کاربردی بودن و جامعیت مراحل شناسایی شده و رفع سوگیری‌های احتمالی از تکنیک دلفی فازی جهت دستیابی به توافق گروهی بین خبرگان استفاده شد که در این پژوهش ۱۵ نفر از خبرگان سلامت که در حوزه اجرای 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 به‌منظور 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



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

Figure 2. The Final Research Model

جدول ۲. نتایج نهایی تحلیل نهایی دلفی فازی

Table 2. The Final Result of Fuzzy Delphi Analysis

معیارها	میانگین فازی	دیفازی‌سازی	وضعیت
ویژگی‌های خدمت‌دهی‌گذاران	تجربه	۰/۹۳۸	تأیید
	تعهد به اجرا	۰/۹۱۷	تأیید
	پاسخگویی	۰/۸۷۵	تأیید
	رهبری	۰/۸۳۳	تأیید
	حمایت مجریان	۰/۸۷۵	تأیید
خدمت‌گذاری مبتنی بر عدالت	خدمت‌گذاری مبتنی بر عدالت	۰/۹۳۸	تأیید
	ترکیبی	۰/۹۵۸	تأیید
ساختار خدمت‌دهی‌های سلامت مبتنی بر عدالت	هماهنگی خارج بخشی	۰/۸۹۶	تأیید
	نظارت غیرمتمرکز	۰/۹۷۹	تأیید
ماهیت خدمت‌دهی	عدالت محور	۱/۰۰۰	تأیید
	تعریف شاخص	۰/۸۹۶	تأیید
ارزیابی خدمت‌دهی	شنیدن صدای مردم	۰/۸۷۵	تأیید
	سنجش شاخص عدالت	۰/۹۳۸	تأیید
رویه اجرایی	ضمانت اجرایی	۰/۹۷۹	تأیید
	وحدت رویه	۰/۸۹۶	تأیید
	اجرای عادلانه	۰/۸۵۴	تأیید

ادامه جدول ۲. نتایج تحلیل نهایی دلفی فازی

معیارها	میانگین فازی	دیفازی‌سازی	وضعیت
عوامل اجتماعی	موقعیت اجتماعی	۰/۷۹۹	تأیید
	درآمد	۰/۸۲۶	تأیید
عوامل اقتصادی	موقعیت جغرافیایی	۰/۷۹۹	تأیید
	سرانه سلامت	۰/۸۱۳	تأیید
	محدودیت منابع	۰/۷۹۲	تأیید
	تورم	۰/۷۹۲	تأیید
فرهنگی	اراده رهبران	۰/۸۱۹	تأیید
	مطالبه‌گری	۰/۸۰۶	تأیید
فناوری	اعتماد عمومی	۰/۷۹۹	تأیید
	دسترسی آسان به اطلاعات	۰/۸۰۶	تأیید
بین‌المللی	تحریم‌ها	۰/۸۱۹	تأیید
	انگیزه و آزادی عمل	۰/۷۹۲	تأیید
ویژگی‌های محریان	تفسیر درست از خط‌مشی	۰/۸۱۳	تأیید
	نگرش عدالتی	۰/۷۹۹	تأیید
سازمان‌های مجری	شبکه‌های	۰/۷۸۵	تأیید
	دسترسی به منابع	۰/۸۰۶	تأیید
مدیریت منابع	توزیع عادلانه منابع	۰/۹۱۷	تأیید
	خارج بخشی	۰/۷۹۹	تأیید
هماهنگی بین بازیگران	شفافیت	۰/۸۰۶	تأیید
	حاکمیت قانون	۰/۸۰۶	تأیید
تقویت حکمرانی خوب	عدالت	۰/۷۹۲	تأیید
	ایجاد پیوست	۰/۸۱۳	تأیید
پیوست عدالت	رعایت پیوست سایرین	۰/۷۹۹	تأیید
	معتبر	۰/۸۱۳	تأیید
پایگاه اطلاعاتی	شفاف	۰/۸۱۹	تأیید
	جامعه مدنی	۰/۸۱۹	تأیید
جلب مشارکت سایرین	بخش خصوصی	۰/۸۱۹	تأیید
	بیمه‌ها	۰/۷۹۹	تأیید
نظارت بر تعارض منافع	خط‌مشی‌گذاران	۰/۸۰۶	تأیید
	مجریان	۰/۸۰۶	تأیید
برقراری عدالت افقی	فاصله تا اولین مرکز درمانی	۰/۸۱۳	تأیید
	تعداد مراکز درمانی موجود در هر استان	۰/۷۷۱	تأیید
برقراری عدالت عمومی	جمعیت تحت پوشش بیمه	۰/۷۹۹	تأیید
	فرانشیز درمانی بیماران خاص	۰/۷۹۲	تأیید
مال سلامت	کاهش میزان پرداخت از جیب دهک‌های پایین	۰/۸۰۶	تأیید
	کاهش پرداخت از جیب	۰/۷۷۹	تأیید
سلامت اجتماعی	محافظت مالی	۰/۷۸۵	تأیید
	امید به زندگی	۰/۸۰۶	تأیید
عدالت سلامت	کاهش فساد و فقر	۰/۸۰۶	تأیید
	میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال	۰/۸۰۶	تأیید
	میزان مرگ زنان باردار	۰/۹۱۷	تأیید
	میزان پوشش بیمه همگانی	۰/۸۱۳	تأیید

مدل سازی معادلات ساختار

براساس یافته‌های حاصل از مرحله کیفی پژوهش و شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدل اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت، به منظور اعتبارسنجی و آزمون مدل مفهومی استخراج شده، از رویکرد کمی با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (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 تعیین روایی صوری پرسشنامه خطمشی گذاری 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 شفافیت عبارات، و رعایت دستور زبان فارسی انجام گرفت. همچنین برخی از سؤالات به دلیل همپوشانی معنایی با یکدیگر ادغام شدند و در نهایت روایی و پایایی صوری پرسشنامه توسط این متخصصان مورد تأیید قرار گرفت و پرسشنامه برای اجرا آماده گردید (سرمد 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 به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار PLS Smart نسخه ۳ مورد تحلیل قرار گرفت تا روابط علی میان متغیرها، پایایی و روایی ابزار سنجش و برازش 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

۲. مقوله‌های فرعی به مؤلفه‌های هر بعد تبدیل می‌شوند.
 ۳. مفاهیم و کدهای اولیه استخراج شده از کدگذاری باز، مبنای طراحی گویه‌های 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 به منظور 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"، گویه‌هایی براساس شاخص‌هایی مانند دانش تخصصی، مهارت، تجربه، روحیه مشارکت، تعهد به اجرا و غیره طراحی می‌شود.

– برای سنجش "ماهیت خط مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت"، گویه‌ها براساس شاخص‌های شفافیت، عدالت محوری، تعریف عملیاتی، هدفمند بودن و غیره تنظیم می‌شوند.

– برای سنجش "رویه‌های اجرا"، گویه‌ها بر مبنای شاخص‌های شفافیت، یکپارچگی، وحدت رویه، انعطاف‌پذیری و غیره طراحی می‌شوند.
 مقوله‌های اصلی و فرعی به‌عنوان متغیرهای پنهان یا سازه‌های اصلی پرسشنامه در نظر گرفته می‌شوند، و شاخص‌ها به‌عنوان متغیرهای آشکار یا گویه‌های پرسشنامه که این سازه‌ها را می‌سنجند، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۱. براساس بخش "شاخص‌ها (مفاهیم)" پرسشنامه طراحی و تنظیم می‌شود. به عبارت دیگر، گویه‌های 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	آماره t	انحراف معیار	میانگین نمونه	بار عاملی	مسیر
۰/۰۰۰۱	۴۰/۷۰۴	۰/۰۲۱	۰/۸۴۶	۰/۸۴۵	۱۰q -> ماهیت خطمشی
۰/۰۰۰۱	۳۹/۹۵۵	۰/۰۲۱	۰/۸۴۹	۰/۸۴۹	۱۱q -> ماهیت خطمشی
۰/۰۰۰۱	۴۳/۷۱۹	۰/۰۱۹	۰/۸۴۶	۰/۸۴۶	۱۲q -> ارزیابی خطمشی
۰/۰۰۰۱	۳۷/۲۶۸	۰/۰۲۲	۰/۸۳۷	۰/۸۳۷	۱۳q -> ارزیابی خطمشی
۰/۰۰۰۱	۲۹/۱۷۵	۰/۰۲۸	۰/۸۰۴	۰/۸۰۴	۱۴q -> رویه اجرا
۰/۰۰۰۱	۲۷/۶۲۷	۰/۰۲۹	۰/۸۰۸	۰/۸۰۷	۱۵q -> رویه اجرا
۰/۰۰۰۱	۲۷/۳۵۶	۰/۰۲۹	۰/۸۰۲	۰/۸۰۲	۱۶q -> رویه اجرا
۰/۰۰۰۱	۲۶/۶۵۵	۰/۰۳۱	۰/۸۱۳	۰/۸۱۳	۱۷q -> عوامل اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۲۴۱	۰/۰۳۵	۰/۷۷۲	۰/۷۷	۱۸q -> عوامل اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۳۰/۸۷۹	۰/۰۲۶	۰/۷۹۴	۰/۷۹۴	۱۹q -> عوامل اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۳۰۶	۰/۰۳۴	۰/۷۵۱	۰/۷۴۹	۲q -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران
۰/۰۰۰۱	۲۹/۳۹۹	۰/۰۲۷	۰/۸۰۲	۰/۸	۲۰q -> عوامل اقتصادی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۰۲۴	۰/۰۳۴	۰/۷۵۲	۰/۷۵	۲۱q -> عوامل اقتصادی
۰/۰۰۰۱	۲۳/۱۰۵	۰/۰۳۴	۰/۷۸۳	۰/۷۸۲	۲۲q -> عوامل اقتصادی
۰/۰۰۰۱		۰	۱	۱	۲۳q -> عوامل سیاسی
۰/۰۰۰۱	۴۵/۴۳۵	۰/۰۱۹	۰/۸۶۵	۰/۸۶۴	۲۴q -> فرهنگی
۰/۰۰۰۱	۴۴/۶۲۹	۰/۰۱۹	۰/۸۶۶	۰/۸۶۶	۲۵q -> فرهنگی
۰/۰۰۰۱	-	۰	۱	۱	۲۶q -> فناوری
۰/۰۰۰۱	-	۰	۱	۱	۲۷q -> بین‌المللی
۰/۰۰۰۱	۲۳/۹۲۹	۰/۰۳۳	۰/۷۸۵	۰/۷۸۵	۲۸q -> ویژگی‌های مجریان
۰/۰۰۰۱	۲۹/۴۱۵	۰/۰۲۷	۰/۸۰۷	۰/۸۰۷	۲۹q -> ویژگی‌های مجریان
۰/۰۰۰۱	۱۹/۵۹۹	۰/۰۳۸	۰/۷۴۲	۰/۷۴۴	۳q -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران
۰/۰۰۰۱	۲۱/۸۹۸	۰/۰۳۵	۰/۷۶۱	۰/۷۶۱	۳۰q -> ویژگی‌های مجریان
۰/۰۰۰۱	-	۰	۱	۱	۳۱q -> سازمان‌های مجری
۰/۰۰۰۱	۴۸/۶۶۷	۰/۰۱۸	۰/۸۷۸	۰/۸۷۸	۳۲q -> مدیریت منابع سلامت
۰/۰۰۰۱	۳۹/۷۳۸	۰/۰۲۹	۰/۸۶۵	۰/۸۶۵	۳۳q -> مدیریت منابع سلامت
۰/۰۰۰۱	-	۰	۱	۱	۳۴q -> هماهنگی بین بازیگران
۰/۰۰۰۱	۲۵/۷۵۵	۰/۰۳۱	۰/۸۰۳	۰/۸۰۴	۳۵q -> تقویت حکمرانی خوب
۰/۰۰۰۱	۳۰/۶۸۱	۰/۰۲۶	۰/۸۰۸	۰/۸۰۶	۳۶q -> تقویت حکمرانی خوب
۰/۰۰۰۱	۲۸/۶۰۳	۰/۰۲۸	۰/۰۸	۰/۸	۳۷q -> تقویت حکمرانی خوب
۰/۰۰۰۱	۴۴/۳۵۲	۰/۰۲	۰/۸۶۹	۰/۸۷	۳۸q -> پیوست عدالت
۰/۰۰۰۱	۴۳/۸۴	۰/۰۲	۰/۸۶۶	۰/۸۶۷	۳۹q -> پیوست عدالت
۰/۰۰۰۱	۲۰/۴۸۸	۰/۰۳۷	۰/۷۵۲	۰/۷۵	۴q -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران
۰/۰۰۰۱	۵۳/۳۴۱	۰/۰۱۷	۰/۸۸۳	۰/۸۸۳	۴۰q -> پایگاه اطلاعاتی
۰/۰۰۰۱	۴۵/۲۸۴	۰/۰۱۹	۰/۸۷۴	۰/۸۷۴	۴۱q -> پایگاه اطلاعاتی
۰/۰۰۰۱	۳۷/۶۲۲	۰/۰۲۳	۰/۸۵۱	۰/۸۵۱	۴۲q -> جلب مشارکت سایرین
۰/۰۰۰۱	۳۲/۵۳۶	۰/۰۲۵	۰/۸۲۶	۰/۸۲۶	۴۳q -> جلب مشارکت سایرین
۰/۰۰۰۱	۴۹/۰۷	۰/۰۱۸	۰/۸۸۱	۰/۰۸۸۱	۴۵q -> نظارت بر تعارض منافع
۰/۰۰۰۱	۵۱/۰۸	۰/۰۱۷	۰/۸۷۸	۰/۸۷۷	۴۶q -> نظارت بر تعارض منافع
۰/۰۰۰۱	۲۷/۴۲۹	۰/۰۲۹	۰/۷۹۵	۰/۷۹۴	۴۷q -> برقراری عدالت افقی

ادامه جدول ۳. نتایج تحلیل مرحله اول عاملی تأییدی

معناداری	آماره t	انحراف معیار	میانگین نمونه	بار عاملی	مسیر
۰/۰۰۰۱	۲۶/۸۹۵	۰/۰۲۹	۰/۷۸	۰/۷۸	۴۸q -> برقراری عدالت افقی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۶۹	۰/۰۳۴	۰/۷۷	۰/۷۷	۴۹q -> برقراری عدالت افقی
۰/۰۰۰۱	۲۴/۱۳۹	۰/۰۳۲	۰/۷۸۵	۰/۷۸۴	۵۱q -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران
۰/۰۰۰۱	۴۱/۵۶	۰/۰۲۱	۰/۸۶	۰/۸۵۹	۵۰q -> برقراری عدالت عمودی
۰/۰۰۰۱	۴۶/۴۳۹	۰/۰۱۹	۰/۸۶۴	۰/۹۶۳	۵۱q -> برقراری عدالت عمودی
۰/۰۰۰۱	۴۷/۱۳۳	۰/۰۱۸	۰/۸۷۱	۰/۸۷	۵۲q -> مالی سلامت
۰/۰۰۰۱	۴۵/۷۱۸	۰/۰۱۹	۰/۸۷۱	۰/۸۷	۵۳q -> مالی سلامت
۰/۰۰۰۱	۴۳/۶۹۷	۰/۰۱۹	۰/۸۴۹	۰/۸۴۸	۵۴q -> سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۳۵/۹۷۳	۰/۰۲۳	۰/۸۳۳	۰/۸۳۲	۵۵q -> سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۲۴/۳۶۴	۰/۰۳۲	۰/۷۶۸	۰/۷۶۸	۵۶q -> عدالت سلامت
۰/۰۰۰۱	۲۲/۸۰۸	۰/۰۳۴	۰/۷۶۷	۰/۷۶۵	۵۷q -> عدالت سلامت
۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۹۹	۰/۰۲۸	۰/۸	۰/۸۰۱	۵۸q -> عدالت سلامت
۰/۰۰۰۱	-	۰	۱	۱	۶q -> خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت
۰/۰۰۰۱	۲۸/۳۹۵	۰/۰۲۸	۰/۸۰۸	۰/۸۰۵	۷q -> ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت
۰/۰۰۰۱	۲۷/۷۵	۰/۰۲۹	۰/۷۹۶	۰/۷۹۷	۸q -> ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت
۰/۰۰۰۱	۲۴/۱۳۱	۰/۰۳۲	۰/۷۸۱	۰/۷۸	۹q -> ساختار خطمشی‌های سلامت مبتنی بر عدالت
۰/۰۰۰۱	۲۳/۳۱۴	۰/۰۳۳	۰/۷۷۳	۰/۷۷۱	۱۰q -> ویژگی‌های خطمشی‌گذاران

این امر نشان می‌دهد که تمامی گویه‌ها به‌طور 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 دقت برآورد مناسب و قابل اعتماد بودن نتایج است. برای متغیرهای تک شاخصی، انحراف معیار صفر گزارش شده که طبیعی است.

به‌طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری از روایی‌سازه مناسبی برخوردار است و گویه‌های انتخاب شده به‌خوبی قادر به سنجش مؤلفه‌های فرعی خطمشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت هستند. این امر به‌ویژه با توجه به مقادیر بالای بارهای عاملی و معناداری آماری تمامی روابط قابل استنباط است. این امر حاکی از روایی و پایایی مناسب ابزار اندازه‌گیری در سنجش مدل اجرای خطمشی‌های 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. به‌طور خاص، بارهای عاملی از حداقل ۰/۷۴۴ تا حداکثر ۱/۰۰۰ متغیر هستند که نشان‌دهنده همبستگی مناسب بین گویه‌ها و سازه‌های مربوطه است. در برخی از متغیرها مانند فناوری، بین‌المللی، سازمان‌های مجری، هماهنگی بین بازیگران و خطمشی‌گذاری 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

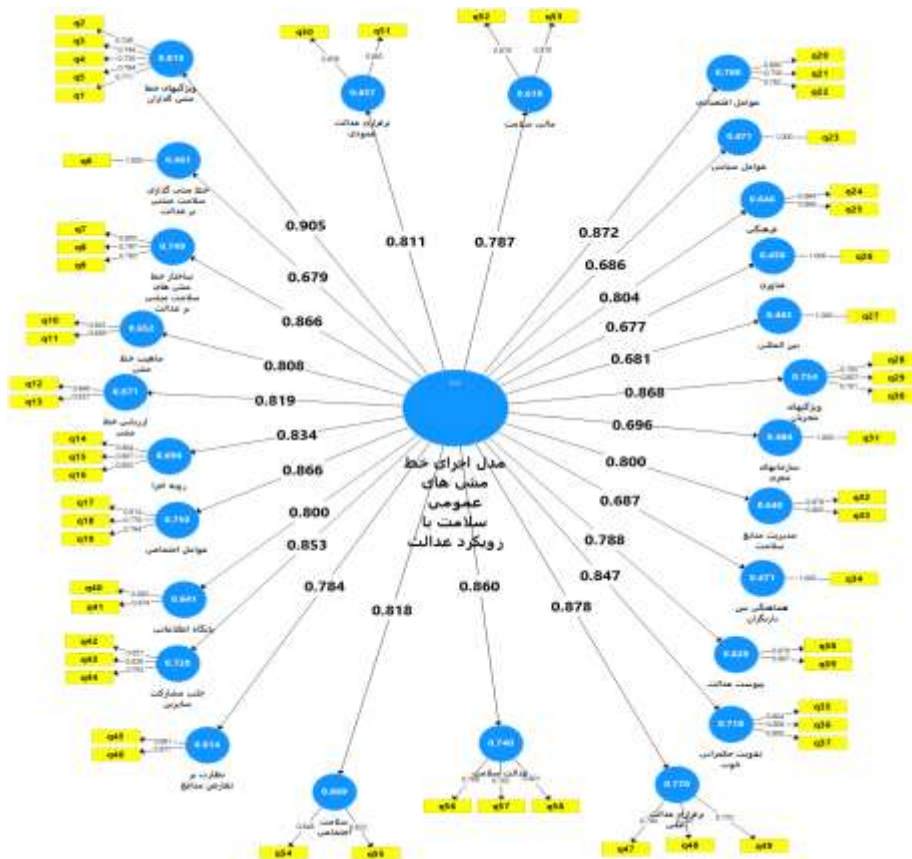
جدول ۴. نتایج تحلیل مرحله دوم عاملی تأییدی

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

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

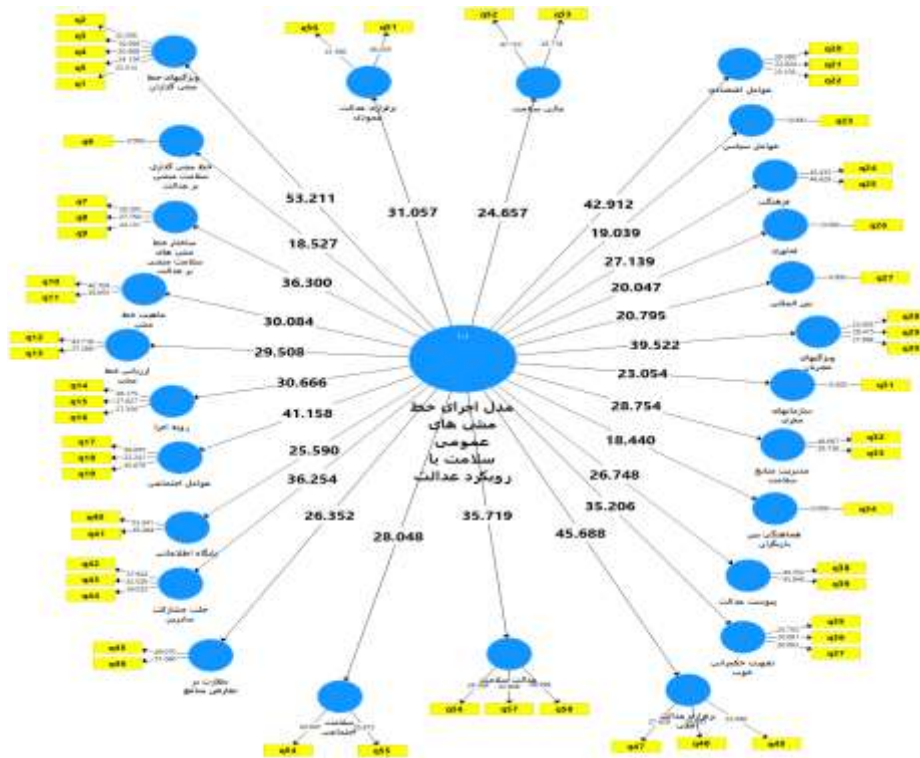
مسیرها است. براساس نظر هیر و همکاران (۲۰۱۹) مقادیر مناسب و قابل قبول بار عاملی در تحلیل عاملی به روش (PLS-SEM) بین ۰/۴-۰/۷ می‌باشد. به‌طور دقیق بار عاملی کمتر از ۰/۴ ضعیف و غیرقابل قبول و بار عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۷ قابل قبول و بار عاملی بالای ۰/۷ مطلوب و نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب است. نتایج این تحقیق 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 ۰/۰۰۱ برای تمامی روابط، نشان‌دهنده معناداری قوی تمامی



نمودار ۱. ضرایب مسیر مدل پژوهش

Diagram 1. Path Coefficients of the Research Model



نمودار ۲. مدل در حالت ضرایب 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

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

جدول ۵. محاسبه شاخص GOF

Table 5. GOF Index Calculation

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

عبارت دیگر، می‌توان گفت که متغیرهای پنهان به‌خوبی 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 به‌عنوان 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 برابر 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 جزر 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 به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط 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 به‌خوبی واقعیت را تبیین کند و از قدرت پیش‌بینی مطلوبی برخوردار است؛ به

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل

Table 6. Model Fit Indicators

نتیجه	حد مطلوب	مقدار	شاخص‌های برازش مدل در PLS Smart
مطلوب	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۷۹	SRMR
مطلوب	کمتر از ۵	۴/۲۸۷	ULS_d
مطلوب	کمتر از ۳	۰/۱۵۶	G_d
مطلوب	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۱۲	NFI
قوی	بیشتر از ۰/۳۳	۰/۶۴۵	میانگین 2R
قوی	بیشتر از ۰/۳۳	۰/۶۴۳	میانگین Adjusted 2R
قوی	بیشتر از ۰/۳۵	۰/۴۲۴	میانگین Community (2Q)
قوی	بیشتر از ۰/۳۶	۰/۵۲۳	(GOF) Fit of Goodness
بسیار مطلوب	بیشتر از ۰/۷	۰/۸۹۷	Alpha s'Cronbach
بسیار مطلوب	بیشتر از ۰/۷	۰/۹۲۳	Reliability Composite
مطلوب	بیشتر از ۰/۵	۰/۷۲۵	(AVE) Extracted Variance Average
مطلوب	کمتر از ۰/۹	۰/۸۳۴	HTMT

- ✓ 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 به‌عنوان 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 اسناد بالادستی باشد.
۲. رویه‌های اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: رویه‌ها روشن 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 حین اجرا، فراهم کردن بستری برای شنیدن صدای مردم در مورد اجرای خطمشی‌های سلامت، داشتن نظام بهبود مستمر کیفیت، سنجش میزان تحقق شاخص‌ها به‌ویژه 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_G و d_ULS (4.287) (2.156) که به ترتیب کمتر از مقادیر بحرانی ۵ و 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 تعدیل 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 پایایی مدل، مقادیر آلفای کرونباخ (۰/۸۹۷) و پایایی ترکیبی (۰/۹۲۳) که هر دو بالاتر از حد مطلوب ۰/۷ هستند، پایایی بسیار خوب مدل را نشان می‌دهند. روایی همگرایی مدل نیز با توجه به مقدار میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برابر ۰/۷۲۵ که بالاتر از حد مطلوب ۰/۵ است، تأیید می‌شود. همچنین روایی واگرایی مدل با توجه به معیار HTMT برابر با ۰/۸۴۳ 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 به‌خوبی 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؟

مجریان باید فهم و تفسیر درستی از خطمشی داشته باشند، مجریان با بستر اجرای خطمشی 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 خطمشی و بستر خطمشی متفاوت است و برای اینکه اجرای خطمشی مؤثر باشد نیاز به یک نظام بوروکراتیک 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 خطمشی‌های 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 فرایندها، 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 به‌عنوان مثال هماهنگی بین دانشگاه و بیمارستان‌های تابعه و هماهنگی خارج بخشی بین نظام سلامت و سایر نهادها.

۲. تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایندها، خطمشی‌گذاری: شفافیت، حاکمیت قانون، پاسخگویی، مشارکت و عدالت. با توجه به اینکه برای دستیابی به عدالت سلامت نیاز که در سیستم سلامت ورودی‌ها که همان خطمشی‌ها هستند و اجرای خطمشی‌ها که عملیاتی شدن خطمشی‌ها 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 خطمشی‌گذاری نظام سلامت است.

۳. پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها: ایجاد پیوست عدالت سلامت و رعایت این پیوست در همه سیاست‌ها (به‌عنوان مثال شهرداری‌ها برای عدالت سلامت خطمشی‌ها 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 داشتند). 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. خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت: خطمشی‌گذاری مبتنی بر خرد، خطمشی‌گذاری مبتنی بر شواهد و واقعیت، خطمشی‌گذاری مبتنی بر عدالت، خطمشی‌گذاری مبتنی بر حل مسئله.

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

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش شرایط زمینه‌ای اجرای خطمشی‌های 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 دهک‌های 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 مطالبه‌گری، 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 خطمشی‌های 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 خطمشی‌گذاران و مجریان، برقراری عدالت افقی: فاصله تا اولین مرکز درمانی، برقراری عدالت عمودی: میزان پرداخت از جیب دهک‌های پایین.

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

مدل‌سازی معادلات ساختاری

اعتبارسنجی و آزمون مدل مفهومی استخراج شده، از رویکرد کمی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزبی (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 مشاهده‌شده و سازه‌های مکنون است. براساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول، با توجه به اینکه تمامی گویه‌ها دارای بار عاملی قابل قبول (بالتر از ۰/۷) هستند. به‌طور خاص، بارهای عاملی از حداقل ۰/۷۴۴ تا حداکثر ۱/۰۰۰ 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 خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، دارای بار عاملی کامل (۱/۰) هستند که نشان‌دهنده ارتباط بسیار قوی این متغیرها با سازه‌های مربوطه است.

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. در این تحلیل، بالاترین بار عاملی مربوط به «ویژگی‌های خطمشی‌گذاران» 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 خطمشی‌های 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 خطمشی‌های سلامت است. در سطح پایین‌تر، عواملی همچون فناوری (۰/۶۷۷)، خطمشی‌گذاری 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 خطمشی‌گذاران، مجریان افراد ذی‌نفع و سایر بازیگران.

۶. ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت مبتنی بر عدالت: یک پایگاه اطلاعاتی سلامت دارای ویژگی‌های مانند معتبر بودن، یکپارچگی، قابل‌دسترس بودن و شفافیت.

در پاسخ به سؤال ششم پیامدها اجرای خطمشی‌های 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 خطمشی‌گذاران را تجربه و تعهد به اجرا، خطمشی‌گذاری مبتنی بر عدالت، ساختار اجرایی و غیرمتمرکز.

پدیده محوری: اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: ماهیت خطمشی معیار عدالت محوری، رویه‌های اجرا معیار ضمانت اجرایی، ارزیابی خطمشی‌سنجش شاخص عدالت.

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

عوامل مداخله‌گر: ویژگی‌های مجریان: فهم و تفسیر درست از خطمشی 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

پیکان‌پور 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 جیب 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 دانش‌افزایی کرده است مفاهیمی است که در طول مصاحبه با خبرگان سلامت از نظر شدت و تکرار به‌عنوان مفاهیم مهم که در پژوهش‌های پیشین به‌ویژه تحقیقات داخلی کمتر به آن پرداخته شده نظیر نظارت بر تعارض منافع بازیگران سلامت، مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت، تقویت حکمرانی خوب سلامت، مشارکت سایر بازیگران، هماهنگی بین بازیگران یا به‌عنوان 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 ۰/۴ بالاتر بوده (هیر و همکاران، ۲۰۱۹) و روابط معناداری را نشان می‌دهند. با توجه به معناداری آماری آن‌ها (مقادیر t 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 ۰/۵۲۳ نشان می‌دهد که مدل توانسته است به‌خوبی واقعیت را تبیین کند و از قدرت پیش‌بینی مطلوبی برخوردار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که متغیرهای پنهان به‌خوبی 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 Smart 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 به‌خوبی 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 نظیر 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 و سازمان‌های مجری به‌عنوان معیارهای اجرا بیان می‌کند.

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 سواد 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 خلأ 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.

محدودیت‌های پژوهش

جدید بودن دانش سیاست‌گذاری سلامت در کشور و جدید بودن موضوع تحقیق خود عامل محدودکننده‌ای محسوب می‌شد. همچنین بهره‌گیری از روش کیفی دارای غنای پژوهشی است اما تعمیم‌پذیری را کاهش می‌دهد، تعمیم‌پذیری پایین نتایج پژوهش از محدودیت‌های ذاتی پژوهش است. بنابراین قابل تعمیم به سایر جوامع آماری نمی‌باشد.

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.

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 تعرفه 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.

تخصیص 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 اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

نظارت 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 خطمشی‌گذاری 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

References

- Ababsi, A., Motazadiyan, R., & Miraii, M. (2016). Investigation the barriers of Public Policy Implementation in Governmental Organizations. *Organizational Resources Management Researches, ORMR*, 6(2), 49-69. (In Persian) Dor: [20.1001.1.22286977.1395.6.2.4.4](https://doi.org/10.1001.1.22286977.1395.6.2.4.4)
- 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/10.1001.1.20080840.1395.9.3.2.8)
- 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/20.1001.1.17350727.1399.23.88.4.3)
- 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., Tofighi, S., Olyae 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/20.1001.1.74672588.1401.6.22.4.3)

- 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/20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1)
- Sajadi, H., Hosseini, M., Dehghani, A., Khodayar, 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.iuums.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/20.1001.1.16807626.1397.17.6.8.2)
- 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)