



Research Article

Investigating the Role of Medical Staff in Health Policies during the Corona Virus Pandemic

Fatemeh Jahanshahi¹ , Morteza Ghasemi^{2,*} , Pouyan Falahi³ , Neda Ghasemi⁴ 

¹ Masters, Department of Nursing, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medical Sciences, Islamic Azad University, Arak, Iran

³ Masters, Department of Public Management, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

⁴ Master's degree, Department of Ergonomics, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran

* **Corresponding author:** Morteza Ghasemi, Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medical Sciences, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: M-ghasemi@iau-arak.ac.ir

DOI: [10.61186/jams.26.1.18](https://doi.org/10.61186/jams.26.1.18)

How to Cite this Article:

Jahanshahi F, Ghasemi M, Falahi P, Ghasemi N. Investigating the Role of Medical Staff in Health Policies during the Corona Virus Pandemic. *J Arak Uni Med Sci.* 2022;**26**(1):18-24. DOI: [10.61186/jams.26.1.18](https://doi.org/10.61186/jams.26.1.18)

Received: 16 Feb 2023

Accepted: 20 Oct 2023

Keywords:

Treatment Staff
Policy Making
Corona Disease

© 2023 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: The current research was conducted with the aim of "investigating the role of medical staff in health policies during the corona virus pandemic".

Methods: This research is practical in terms of purpose and exploratory research in terms of method.

Results: The statistical population of this research is all the medical staff of Arak city Since access to all these people is not possible; Therefore, the sampling method is used. The data collection tool in this research was a questionnaire. This research was done using the factor analysis model.

Conclusions: The data and information extracted from the factor analysis test showed that: establishing proper communication with patients, interacting with citizens and the government, paying attention to the laws and encouraging others to comply with them, learning specialized training to contain the corona virus, explaining the situation to worried people, Adhering to health protocols and informing others, perception of organizational justice, alignment between individual and organizational goals, transfer of sense of responsibility to the work environment, existence of an efficient evaluation system and encouragement to inject vaccines are the most important role of the medical staff in health policies. They were during the corona disease pandemic.

بررسی نقش کادر درمان در سیاست گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا

فاطمه جهانشاهی^۱ ID، مرتضی قاسمی^{۲*} ID، پویان فلاحی^۳ ID، ندا قاسمی^۴ ID

^۱ مربی، گروه پرستاری، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

^۳ کارشناسی ارشد، گروه مدیریت دولتی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

^۴ کارشناسی ارشد، گروه ارگونومی، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسئول: مرتضی قاسمی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. ایمیل: M-ghasemi@iaiu-arak.ac.ir

ghasemi@iaiu-arak.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.25.6.18

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳
مقدمه: پژوهش حاضر با هدف «بررسی نقش کادر درمان در سیاست گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا»، انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳
روش کار: این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، از نوع پژوهش‌های اکتشافی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کادر درمان شهر اراک می‌باشد.	واژگان کلیدی: کادر درمان سیاست گذاری بیماری کرونا
یافته‌ها: از آنجایی که دسترسی به تمامی این افراد امکانپذیر نیست؛ لذا از روش نمونه گیری استفاده می‌شود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود. این پژوهش با استفاده از مدل تحلیل عاملی انجام شد.	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه‌گیری: داده‌ها و اطلاعات استخراج شده از آزمون تحلیل عاملی نشان داد که: برقراری ارتباط مناسب با بیماران، تعامل با شهروندان و دولت، توجه به قوانین و ترغیب دیگران به رعایت آن، فراگیری آموزش‌های تخصصی برای مهار کرونا، توضیح وضعیت به مردم نگران، رعایت پروتکل‌های بهداشتی و آگاهی بخشی به دیگران، ادراک عدل سازمانی، همسویی بین اهداف فرد و سازمان، انتقال احساس مسئولیت به محیط کار، وجود نظام کارآمد ارزشیابی و تشویق به تزریق واکسن به ترتیب مهم‌ترین نقش کادر درمان در سیاست گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا بودند.	

مقدمه

اشتراک گزاردن یادگیری و نوآوری‌ها ادامه می‌دهیم تا بتوانیم نظارت، مهارت و درمان را بهبود ببخشیم». باید بپذیریم که فرآیند سیاست گذاری با شناخت مسئله یا مشکل آغاز می‌شود. شناسایی مسئله بسیار شبیه به موردی است که در آن یک بیمار برای مداوای خود به پزشک مراجعه می‌کند. در این حال، فرایند درمان با تشخیص بیماری آغاز می‌شود (۴) در ایران در ۲۰ فوریه ۲۰۲۰ وزارت بهداشت و آموزش پزشکی دو مورد بیماری کووید-۱۹ را در قم به عنوان مرکز شیوع بیماری تأیید نمود. سپس به دلیل اطلاعات ناکافی و کمبود آگاهی درباره گسترش ویروس و عدم اعتقاد به کشندگی آن، بیماری به سرعت در تهران به عنوان مرکز اقتصادی و در بخش‌های شمالی ایران به عنوان جاذبه‌های سیاحتی و توریستی گسترش یافت. ویروس کرونا به دلیل ناشناخته بودن و سرعت شیوع بسیار بالا، سبب شد تا درک مشکل و خطرات آن توسط همه دولت‌ها و ملت‌ها بسیار سریع صورت گیرد و دولت‌ها را برآن داشت تا نسبت به آن دست به سیاست گذاری بزنند. خطرات بیماری کووید-۱۹ به حدی جدی بود که مراحل شناخت مشکل را در هم ادغام نمود (۵). خط مشی گذاری یکی از کارکردهای تولیدیت نظام سلامت است و با توجه به شیوع ویروس کرونا می‌توان گفت چالش برانگیزترین کارکرد برای مطالعه،

امروزه سلامت به صورت گسترده‌ای به عنوان نیاز اساسی برای توسعه جوامع در نظر گرفته شده است. بنابراین، تعیین معیارهایی معتبر برای سنجش اثربخشی برنامه‌ها توسط تحلیلگران نظام سلامت، الزامی است (۱)، اصطلاح «نظام سلامت» تعریف گسترده‌ای دارد که شامل منابع، بازیگران و نهادهایی است که با تأمین مالی، تنظیم مقررات و ارائه فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ترویج، بازگرداندن و حفظ سلامتی است، مرتبط هستند (۲)، چالش اصلی تصمیم گیری در نظام سلامت این است که تصمیمات در مورد منابع مالی، انسانی یا نحوه ارائه خدمات به طور معمول جداگانه اخذ شده و محتوای آنها با چگونگی ارائه خدمات سلامت در واقعیت تفاوت دارد (۳)، با شیوع و گسترش بیماری کووید-۱۹، در چین و فرا رفتن آن به سایر کشورها، از جمله ایران، دولت برای مقابله با آن اقدام به سیاست گذاری نمود. تازگی و نو بودن بحران و ناشناخته بودن ویروس و نبود اطلاعات کافی، سیاست گذاری را دشوار نمود و موفقیت آنرا در هاله‌ای از ابهام فرو برد. در شرح ناشناخته بودن این بیماری و لزوم سیاست گذاری در شرایط عدم اطمینان حاصل از آن، مدیر کل سازمان بهداشت جهانی اظهار داشت: «ما در حال ساختن کشتی هستیم که همچنین در شرایط بحرانی دریانوردی می‌کنیم و به

علی رغم توسعه مبانی نظری و رویکردهای روش شناختی، تحلیل از سیاست گذاری به ویژه سیاست‌های حوزه سلامت در کشورهای توسعه یافته و استفاده فراگیر از آن در این کشورها، بالاخص از دهه ۹۰ میلادی تاکنون، توسعه و کاربست این مبانی و رویکردها در سیاست گذاری سلامت کشورهای در حال توسعه در مرحله ابتدایی به سر می‌برد (۱۰). در طول شیوع ویروس کرونا، نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی گسترده‌ای بوده است و در اوایل شیوع ویروس اقدامات دولت بیشتر برای درمان بیماری هدف گذاری گردید تا پیشگیری و مهار شیوع بیماری. هر چند هر دو هدف توأمان توسط سیاست‌های دولت پیگیری گردید اما در بخش پیشگیری و مهار، موفق عمل نشد و سیاست‌های دولت گسترده و جامع نبود. مسئله این پژوهش، مطالعه نقش کادر درمان در تنظیم خط مشی های مربوط به حوزه سلامت است و با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای به این موضوع نپرداخته است و تقریباً در هیچ مطالعه‌ای چارچوب نظام خط مشی گذاری این طرح بررسی و تحلیل نشده، در پژوهش حاضر تلاش خواهد شد به بررسی نقش کادر درمان در سیاست گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا پرداخته شود تا از نتایج حاصل از این پژوهش، به عنوان الگوی راهنمایی برای شناسایی عوامل، فرایندها و منابع مشارکت‌کننده مؤثر در نظام سلامت ایران، در راستای افزایش موفقیت در خط‌مشی‌گذارهای آینده این حوزه استفاده شود، لذا در این پژوهش این سؤال پاسخ داده می‌شود که کادر درمان در سیاست گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا چه نقشی دارد؟

روش کار

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، از نوع پژوهش‌های توصیفی پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت‌اند از کلیه کادر درمان شهر اراک می‌باشد؛ از آنجایی که دسترسی به تمامی این افراد امکان‌پذیر نیست؛ لذا از روش نمونه گیری استفاده می‌شود. یکی از روش‌های پر کاربرد در تعیین حجم نمونه استفاده از جدول مورگان است. با توجه به حجم جامعه آماری ۱۶۵ نفره، ۱۱۰ نفر به عنوان نمونه به روش در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها در این تحقیق از روش اسنادی و میدانی استفاده می‌شود. به منظور گردآوری اطلاعات پایه از روش کتابخانه‌ای و با مراجعه به سایت‌های معتبر اینترنتی مانند ساینس دایرکت و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی مقالاتی در زمینه موضوعات مرتبط و نیز کتب مربوطه و پایان‌نامه‌ها در مقاطع کارشناسی ارشد بررسی می‌شود. همچنین برای جمع آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بین اعضا گروه نمونه توزیع می‌شود. ابزار پرسشنامه توسط محقق و با مطالعه ادبیات تحقیق تهیه گردید. پاسخ سؤالات بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= خیلی کم و ۵= خیلی زیاد) نمره‌بندی شد.

در این پژوهش از دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده می‌گردد. بخش آمار توصیفی که مشخصات فردی پاسخ دهندگان را در قالب نرم افزار اکسل انجام می‌دهد و با جداول و نمودارها آنها را نمایش می‌دهد. در بخش آمار استنباطی به بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس پاسخی که پاسخ دهندگان به پرسشها داده‌اند می‌پردازد. از آنجا که در این تحقیق محقق در نظر دارد تأثیر متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته را بررسی کند. از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل عاملی

اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد. امروزه با ورود ویروس کرونا، فرایند خط مشی گذاری با رشد سریع علم و فناوری اطلاعاتی و ارتباطی دستخوش تغییرات چشم گیری قرار گرفته و از طیف خرد فردی، سلیقه‌ای، تجربه نشده، به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تأکید بر پیش بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه جا شدن است. خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد یکی از رویکردها و اصولی برای حرکت از طیف صرفاً شهودی و ناخودآگاه به طیف برخوردار شدن از منطق علمی و با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیت‌های سازمانی می‌باشد که به خصوص در دو دهه اخیر مورد توجه و استفاده، قانونگذاران، خط مشی گذاران، مدیران و کارشناسان قرار گرفته است (۶).

نتایج پژوهش صبوری و افا سیدی (۱۴۰۰) (۷)، نشان داد رویکرد دولت از تعیین کننده‌های اصلی و اساسی ابعاد گوناگون حکمرانی اخلاق محور در حوزه بهداشت و سلامت عمومی است. توانمند سازی اعضای محروم جامعه و حمایت از آنان، داشتن اطلاعات مورد نیاز برای پیاده سازی خط مشی های مؤثر و برنامه‌هایی که ارتقاء سلامت را حمایت می‌کند؛ احترام به حقوق افراد در جامعه برای رسیدن به سلامت جامعه؛ بهبود محیط فیزیکی و اجتماعی با اجرای برنامه‌های سلامت عمومی و سیاست‌های آن؛ تضمین صلاحیت حرفه‌ای کارکنان نهادهای سلامت عمومی و ... از جمله فعالیت‌های مهم جهت بهبود حکمرانی اخلاق محور در بهداشت و سلامت عمومی قلمداد می‌شود (۸). به تحلیل نظام مند پژوهش‌های حوزه خط مشی گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه: رهنمودهایی برای پژوهشگران پرداختند. بررسی این مطالعات نشان داد که تلاش‌های صورت گرفته تاکنون به لحاظ روش‌شناسی و رویکرد تحلیلی برای تبیین تغییرات سیاست در حوزه سلامت این کشورها بسیار محدود بوده است؛ به گونه‌ای که درک پدیده سیاست گذاری در این کشورها به طرح‌ریزی پژوهش‌های عمیق کیفی برای توسعه نظریه‌های موجود یا ارائه نظریه‌های جدید یا قدرت تبیین‌کنندگی بالا نیاز دارد.

نتایج پژوهش رجایی و همکاران (۱۳۹۶) (۹)، نشان می‌دهد که مهم‌ترین مولفه‌های خط‌مشی‌گذاری موفقیت آمیز سلامت نظام اداری زیر ساختها و ظرفیت گروه‌های دخیل در خط‌مشی گذاری می‌باشد. همچنین ۳۳ مؤلفه پژوهش مورد تأیید نهایی پنل دلفی قرار گرفت، در پژوهش خود با عنوان «شاخص‌های رفاه در خط مشی گذاری عمومی»، به مزایا و معایب مشارکت مردم بومی در توسعه شاخص‌ها پرداختند و شاخص‌های بهزیستی را در بین مردم بومی مورد بررسی و ارزیابی قرار دادند. محققان این پژوهش از طریق مدیریت اطلاعات و مذاکره با سازمان‌های دولتی شاخص‌های بهزیستی را با استناد به وضعیت معیشت عمومی مردم بومی مورد ارزیابی قرار دادند و بیان داشتند که استفاده از شاخص‌ها باعث می‌شود که مردم بومی برای دولت مهم باشند و زمینه قدرت بین سازمان‌های دولتی و خصوصی افزایش می‌یابد، در پژوهش خود با عنوان مشارکت عمومی در خط مشی گذاری: سازگاری ترجیحات عمومی و چارچوب‌های حقوقی، در نظرسنجی‌ای که ۱۱۱۲ نفر به عمل آمد، نشان داده شد که اکثریت تمایل دارند در خط مشی گذاری‌ها مشارکت داشته باشند.

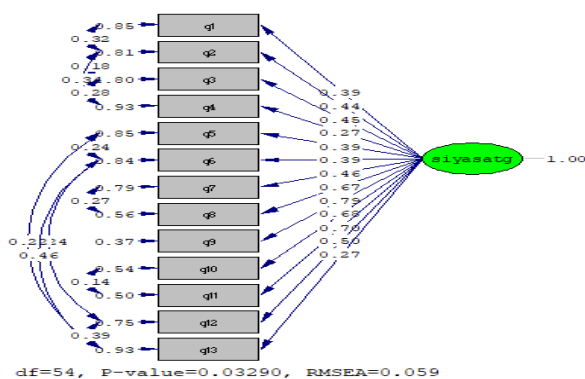
یافته‌ها

در پژوهش حاضر حدود ۸۰ نفر پاسخ دهندگان مرد و ۳۰ نفر زن بودند. به منظور تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. شاخص‌های ارائه شده و مقایسه آن با مقدار مطلوب برای یک مدل برازش یافته، نشان از برازش مناسب مدل دارد. نکته قابل توجه در برازش مدل این است که، در حالی که برازش مدل ساختاری آن مدل را تأیید می‌کند، هرگز ثابت نمی‌کند که آن مدل، یگانه مدل معتبر است. در جدول ۱ شاخص‌ها لحاظ شده است. شاخص‌های ارائه شده و مقایسه آن با مقدار مطلوب برای یک مدل برازش یافته، نشان از برازش مناسب مدل دارد. در حالیکه برازش مدل ساختاری آن مدل را تأیید می‌کند، هرگز ثابت نمی‌کند که آن مدل، یگانه مدل معتبر است. در جدول ۱ شاخص‌ها لحاظ شده است.

جدول ۱. شاخص‌های برازش مدل

ردیف	نام شاخص	مقدار
۱	RMSEA	۰/۰۵۹
۲	NFI	۰/۹۱
۳	NNFI	۰/۹۵
۴	CFI	۰/۹۶
۵	GFI	۰/۹۰
۶	AGFI	۰/۸۴

وقتی داده‌های گروه نمونه به ماتریس همبستگی یا کوواریانس تبدیل شود و از سوی یک سری از معادلات رگرسیون توصیف گردد، آن مدل را می‌توان (با استفاده از یکی از چندین برنامه رایانه‌ای موجود) به منظور بررسی برازش آن در جامعه‌ای که نمونه از آن بیرون آمده است، تحلیل کرد. برآوردهایی از پارامترهای آن مدل (ضرایب مسیر و جمله‌های خطا) و چندین اندازه برای برازندگی آن را با داده‌های نمونه به دست می‌دهد (هومن، ۱۳۸۴). در شکل ۱ مدل استاندارد که با استفاده از نرم افزار لیزرل بدست آمده، نشان داده شده است.



شکل ۱. مدل ضرایب استاندارد شده تحقیق با استفاده از نرم افزار لیزرل

عاملی برخوردارند. این بارها نشان‌دهنده همبستگی بین هر متغیر مشاهده گر (سؤالات) و عامل‌های مربوط به آن است. جهت ارزیابی برازش مدل این تحقیق از شاخص‌هایی همچون کای دو بر درجه آزادی (χ^2/df)، آماره ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA)، P-Value، شاخص CFI استفاده شده است. جذر برآورد

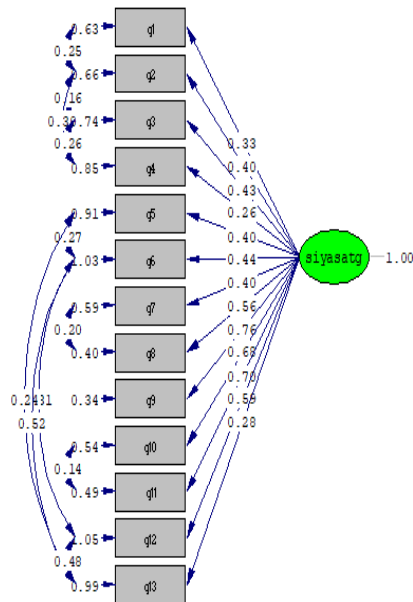
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرده است. در این تحقیق برای بررسی روابط بین اجزاء مدل از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. در ضمن محقق از مدل‌یابی معادلات ساختاری در جهت تحلیل عاملی تأییدی بهره برده است. با استفاده از نرم افزار لیزرل برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها استفاده شده است. مدل‌یابی معادله ساختاری یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و مکنون است که گاه تحلیل ساختاری کوواریانس، مدل‌یابی علی و گاه نیز لیزرل نامیده شده است اما اصطلاح غالب در این روزها، مدل‌یابی معادله ساختاری یا به گونه خلاصه SEM است.

مدل کامل معادله ساختاری در حقیقت بیانگر آمیزه‌ای از نمودار مسیر و تحلیل عاملی تأییدی است. نمودارهای مسیر نقش اساسی در مدل‌یابی ساختاری بازی می‌کنند. این نمودارها مانند فلوچارت‌های کامپیوتری است که متغیرهایی را که با خطوط بیانگر جریان علی با هم متصل شده‌اند، نشان می‌دهد. نمودار مسیر را می‌توان به عنوان وسیله‌ای برای نمایش این مطلب در نظر گرفت که کدام متغیرها موجب تغییراتی در متغیرهای دیگر می‌شوند. همه متغیرهای مستقل دارای پیکانهایی است که بسوی متغیر وابسته نشانه می‌روند. ضریب وزنی بالای پیکان قرار می‌گیرد. توجه داشته باشید که علاوه بر نمایش روابط معادله خطی با پیکانها، نمودار مسیر در معادله ساختاری دارای چندین جنبه دیگر نیز هست. نخست آن که باید واریانس متغیرهای مستقل را بدانیم تا بتوانیم مدل روابط ساختاری را آزمون کنیم. واریانس‌ها در نمودارها با بکار بردن خطوط منحنی بدون آنکه نوک پیکانها مشخص شود، نشان داده می‌شود. چنین خطوطی مانند سیم در نظر گرفته می‌شود. دوم برخی متغیرها به شکل دایره (یا بیضی) و برخی از آنها به شکل مربع و (یا مستطیل) نمایش داده می‌شوند. بیضی یا دایره معرف متغیرهای مکنون و مستطیل یا مربع نمایشگر متغیرهای اندازه‌گیری شده است.

شکل ۱ ضرایب استاندارد را برای مدل اندازه‌گیری (ضرایب استاندارد برای سؤالات و متغیرهای مربوط به آنها) و مدل ساختاری (ضرایب مسیر برای مسیرهای مطرح شده در مدل در بین متغیرها) نشان می‌دهد. بارهای استاندارد شده از اهمیت زیادی در تفسیر نتایج تحلیل

هم) با توجه به موارد ذکر شده در جداول و نمودارهای بالا، مدل از نظر شاخص‌های تناسب در وضعیت مناسبی قرار دارند. ماتریس لامبدا γ یکی از چهار ماتریس مهم معادلات ساختاری است که برای برقراری رابطه میان متغیرهای مکنون درون زا و مشاهده گر (سؤال) های مربوط به آن مورد استفاده قرار می‌گیرد که در نمودار ۲ متغیرهای مکنون برونزا با متغیرهای مشاهده گر (ماتریس لامبدا γ) رابطه برقرار می‌کنند. از این رو با توجه به مدل در حالت اعداد معناداری (نمودار ۲) و مدل تخمین استاندارد (نمودار ۳) به تحلیل عاملی می‌پردازیم.

این تخمین مدل را در حالت تخمین غیراستاندارد نشان می‌دهد. در حالت غیراستاندارد ضرایب رگرسیونی همگن نشده‌اند و قابلیت مقایسه میان آن‌ها وجود ندارد. طبق جدول ۲ بار عاملی همه عامل‌ها قابل گزارش می‌باشد. در حالت تخمین استاندارد بارهای عاملی نشان داده می‌شود، هر چه بار عاملی بزرگتر و به عدد یک نزدیکتر باشد، یعنی متغیر مشاهده شده (سؤال) بهتر می‌تواند متغیر مکنون یا پنهان را تبیین نماید. اگر بار عاملی کمتر از $0/3$ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف نظر می‌شود. بار عاملی بین $0/3$ و $0/6$ قابل قبول و اگر بیشتر از $0/6$ باشد خیلی مطلوب است. در حالت معنی داری نیز باید ارزش t (ضریب مسیر در حالت معنی داری) بیشتر از مقدار $1/96$ باشد تا رابطه بین هر سؤال و متغیر مورد نظر معنی دار باشد. ارزش t برای همه سؤالات بیشتر از مقدار $1/96$ بدست آمده لذا رابطه بین سؤالات و متغیر مورد نظر معنی دار بوده و بنابراین سؤالات (عوامل) تبیین کننده مناسبی برای متغیر مورد نظر هستند.

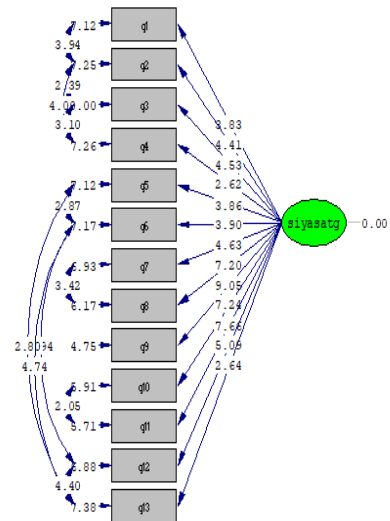


Chi-Square=74.63, df=54, P-value=0.03290, RMSEA=0.059

شکل ۳. مدل ضرایب غیراستاندارد با استفاده از نرم افزار لیزرل

واریانس خطای تقریب (RMSEA)، این اندازه که به صورت اعشاری گزارش می‌شود، مبتنی بر پارامتر غیر مرکزی است. این شاخص برای مدل‌های خوب برابر با $0/05$ یا کمتر است. مدل‌هایی که RMSEA آن‌ها $0/20$ یا بیشتر باشد، برازش ضعیفی دارند. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، اگر این شاخص بزرگتر از $0/1$ باشد برابر با $0/1$ و اگر کوچکتر از صفر باشد برابر با صفر قرار داده می‌شود و همانند شاخص‌های قبلی چنانچه مقدار این کسر بین $0/90$ تا $0/95$ باشد قابل قبول تلقی می‌گردد. در حالی برخی از پژوهشگران نقطه برش $0/70$ را به کار می‌برند.

یکی دیگر از شاخص‌های عمومی برای به حساب آوردن پارامترهای آزاد در محاسبه شاخص برازش، کای اسکوتر بهنجار یا نسبی است که از تقسیم ساده مقدار کای اسکوتر بر درجه آزادی مدل محاسبه می‌شود که اغلب مقادیر بین ۲ تا ۳ را برای این شاخص قابل قبول می‌دانند با این حال دیدگاه‌ها در این باره متفاوت است. از میان شاخص‌های برازندگی به گونه کلی RMSEA به عنوان یک شاخص مطلوب و CFI به عنوان بهترین شاخص در نظر گرفته می‌شود. شاخص‌های برازندگی به گونه کلی در دامنه بین صفر و یک قرار داده می‌شود. ضرایبی که بالاتر از $0/70$ باشد قابل قبول در نظر گرفته می‌شود، هر چند این نیز مانند سطح، $P=0/05$ ، اختیاری است (هومن، 1384 ، 40). شاخص‌های ارائه شده و مقایسه آن با مقدار مطلوب برای یک مدل برازش یافته، نشان از برازش مناسب مدل دارد.



Chi-Square=74.63, df=54, P-value=0.03290, RMSEA=0.059

شکل ۲. مدل ضرایب تی تحقیق با استفاده از نرم افزار لیزرل

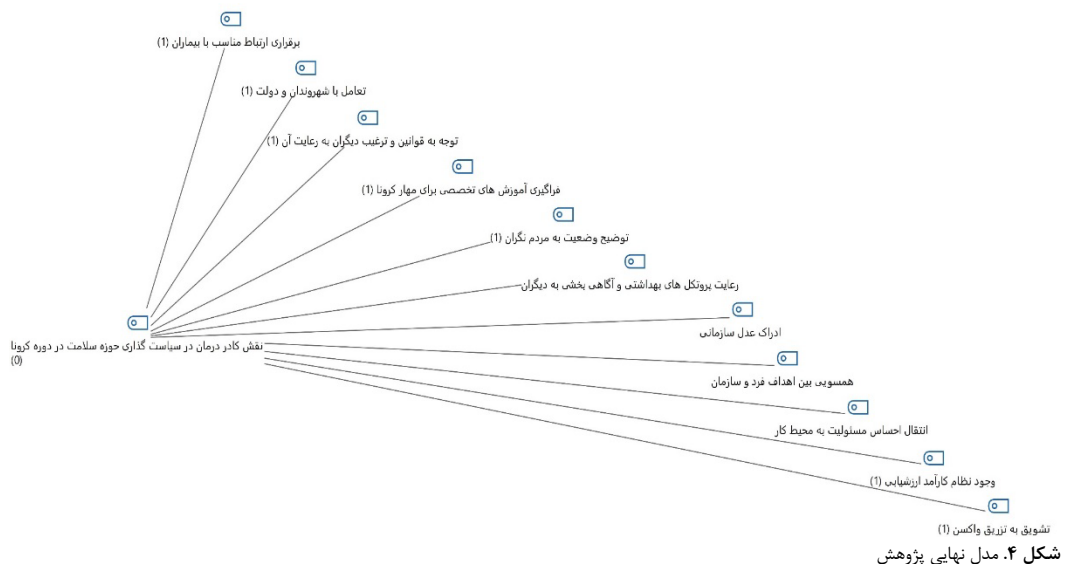
در رابطه با معنی‌داری اعداد، باید گفت از آنجایی که در این تحقیق در سطح اطمینان $0/95$ یا خطای $0/05$ بدنبال آزمون فرضیات هستیم، برای آزمون t اعدادی معنادار خواهند بود که بزرگ‌تر از $1/96$ و $-1/96$ باشند. به این معنی که اگر در آزمون t عددی بین $-1/96$ و $1/96$ باشد، بی‌معنا خواهد بود. در مدل زیر (نمودار ۲) اعداد بدست آمده برای آزمون t معنادار هستند و می‌توان به بررسی روابط علی (شاخص‌های اندازه‌گیری با متغیر مکنون) و اثرات (متغیرهای مکنون با

جدول ۲. مقادیر ضریب λ و آماره t مدل

عامل فرعی	t	بار عاملی	آیتمها (متغیرهای مشاهده شده)
انتقال احساس مسئولیت به محیط کار	۳/۸۳	۰/۳۹	Q1
همسویی بین اهداف فرد و سازمان	۴/۴۱	۰/۴۴	Q2
ادراک عدل سازمانی	۴/۵۳	۰/۴۵	Q3
برخوردهای اجتماعی سالم در محیط کار	۲/۶۲	۰/۲۷	Q4
وجود نظام کارآمد ارزشیابی	۳/۸۶	۰/۳۹	Q5
تشویق به تزریق واکسن	۳/۹۰	۰/۳۹	Q6
رعایت پروتکل‌های بهداشتی و آگاهی بخشی به دیگران	۴/۶۳	۰/۴۶	Q7
فراگیری آموزش‌های تخصصی برای مهار کرونا	۷/۲۰	۰/۶۷	Q8
برقراری ارتباط مناسب با بیماران	۹/۰۵	۰/۷۹	Q9
توجه به قوانین و ترغیب دیگران به رعایتان	۷/۲۴	۰/۶۸	Q10
تعامل با شهروندان و دولت	۷/۶۶	۰/۷۰	Q11
توضیح وضعیت به مردم نگران	۵/۰۹	۰/۵۰	Q12
آموزش بهداشت	۲/۶۴	۰/۲۷	Q13

جدول ۳. رتبه بندی نهایی عوامل

عامل فرعی	t	بار عاملی	آیتمها (متغیرهای مشاهده شده)
برقراری ارتباط مناسب با بیماران	۹/۰۵	۰/۷۹	Q9
تعامل با شهروندان و دولت	۷/۶۶	۰/۷۰	Q11
توجه به قوانین و ترغیب دیگران به رعایتان	۷/۲۴	۰/۶۸	Q10
فراگیری آموزش‌های تخصصی برای مهار کرونا	۷/۲۰	۰/۶۷	Q8
توضیح وضعیت به مردم نگران	۵/۰۹	۰/۵۰	Q12
رعایت پروتکل‌های بهداشتی و آگاهی بخشی به دیگران	۴/۶۳	۰/۴۶	Q7
ادراک عدل سازمانی	۴/۵۳	۰/۴۵	Q3
همسویی بین اهداف فرد و سازمان	۴/۴۱	۰/۴۴	Q2
انتقال احساس مسئولیت به محیط کار	۳/۸۳	۰/۳۹	Q1
وجود نظام کارآمد ارزشیابی	۳/۸۶	۰/۳۹	Q5
تشویق به تزریق واکسن	۳/۹۰	۰/۳۹	Q6
برخوردهای اجتماعی سالم در محیط کار	۲/۶۲	۰/۲۷	Q4
آموزش بهداشت	۲/۶۴	۰/۲۷	Q13



شکل ۴. مدل نهایی پژوهش

سنجش اثربخشی برنامه‌ها توسط تحلیلگران نظام سلامت، الزامی است. نظام جمهوری اسلامی ایران، همانند سایر سیستم‌های حکومتی باید برای مسائل مربوط به بهداشت و سلامت، خط مشی‌ها و استراتژی‌های کاربردی در دستور کار داشته باشد و از آنجائیکه سلامتی، بهداشت و

بحث

امروزه سلامت به صورت گسترده‌ای به عنوان نیاز اساسی برای توسعه جوامع در نظر گرفته شده است. بنابراین تعیین معیارهایی معتبر برای

همسویی بین اهداف فرد و سازمان، انتقال احساس مسئولیت به محیط کار، وجود نظام کارآمد ارزشیابی و تشویق به تزریق واکسن به ترتیب مهم‌ترین نقش کادر درمان در سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت در دوره پاندمی بیماری کرونا بودند.

نتیجه‌گیری

برای تدوین خط‌مشی‌ها، راهکارهایی از جمله استفاده از مشارکت کلیه ذینفعان نظام سلامت در چارچوب زمانی منطقی برای خط‌مشی‌گذاری، اجرای طرح به صورت پایلوت و بدون شتابزدگی، رعایت عدالت توزیعی، به کارگیری قدرت رسانه‌ای در توجیه ضرورت راه‌حل‌های پیشنهادی، مطابقت با اسناد بالا دستی و همچنین در نظر گرفتن سناریوهای مختلف سیاسی - اقتصادی در سطح ملی و بین‌المللی به تدوین و تنظیم خط‌مشی‌ها پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران با استفاده از سایر نظریه‌های خط‌مشی‌گذاری مانند جریان‌ات چندگانه‌گینکدان یا تعادل نقطه‌ای به تبیین تغییر خط‌مشی نظام سلامت کشور و روشن کردن جنبه‌های مبهم این حوزه بپردازند. (۱، ۳، ۵، ۹-۲۷).

References

- Korenman SD, Remler DK. Including health insurance in poverty measurement: The impact of Massachusetts health reform on poverty. *J Health Econ*. 2016;**50**:27-35. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.09.002 pmid: 27661737
- Koornneef EJ, Robben PB, Al Seiri MB, Al Siksek Z. Health system reform in the Emirate of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Health Policy*. 2012;**108**(2-3):115-121. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.08.026 pmid: 22998984
- Kuziemyk C. Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Health Manage Forum*. 2016;**29**(1):4-7. doi: 10.1177/0840470415614842 pmid: 26656389
- Malek Mohammadi HR. "Basics and Principles of Public Policy", First Edition, Tehran, Semit2014.
- Alwani SM, Sharifzadeh F. Public policy making process. (ninth edition). Tehran: Allameh Tabatabai University.2011.
- Ebrahimi SA, Farhadinejad M, Baki Hashemi SMM. "Analysis of policy making in the health system based on the model of the defender coalition framework (a case study of the health system transformation plan)". *Strateg Stud Quarter*. 2018;**2**:69-112.
- Sabouri R, Aghasidi SR. Investigating the impact of government policies on improving ethics-based governance in the field of health and public health, the third international conference on the development and promotion of humanities and management in society, Tehran.1400.
- Qolipour Sote RE, Mafi Moradi S, Rahnavard Faraj E, Abou Ardakan M. Systematic analysis of health policy research in developing countries: guidelines for researchers.2018.
- Rajaei Z, Daneshfard KE, Faqih A. The formation of a policy in the field of administrative system health in Iran.2016.
- Odoch WD, Kabali K, Ankunda R, Zulu JM, Tetui M. Introduction of male circumcision for HIV prevention in Uganda: analysis of the policy process. *Health Res Policy Syst*. 2015;**13**:31. doi: 10.1186/s12961-015-0020-0 pmid: 26092589
- Beigi Mojtabi R. "Obstacles to achieving the full implementation of public policies". *Pub Admin*. 2007;**45**:74-84.
- Rizgi Rostami AR. "Implementation, the missing link of the public policy process". *Pub Admin*. 1379;**50**:51-62.
- Zarghami Borojni H, Bazarafshan M. "Investigation of factors affecting the implementation of tourism policies of the Islamic Republic of Iran from the perspective of academic researchers". *J Tourism Plann Develop*. 2013;**9**:31-51.
- Qolipour R, Danai Fard H, Zarei Matin H, Jandaghi G, Fallah MR. " Presentation of a model for the implementation of industrial policies, a case study in Qom province". *Organiz Culture Manage*. 2013;**9**(2):103-130.
- Alwani SM, Pourzayat AA, Najabat A. "Investigating the reasons for the ineffectiveness of Iran's policy-making system in the field of poverty alleviation". *Pub Admin*. 2014;**7**(1):1-18.
- Bardach E. The implementation game: What happens after a bill becomes a law, Boston, MA: Colonial inc.1997.
- Calista D. Policy Implementation, New York, Marcel Dekker Innc. 1994.
- Garcia Z, Claude J. "Obstacles to public policy implementation in the third world, Advance in Developmental policy studies". *Jai Press Inc*. 1996;**1**(1):7-209.
- Hogwood B, Gunn L. Why prefect implementation is unattainable? Policy analysis for the real world, Oxford University Press.1984.
- Konsult. "Barriers to Implementation", The Kon SULT Knowledgebase, available.2009.
- Makinde T. "Problem of policy implementation in developing nations: The Nigerian experience". *J SOC Sci*. 2005;**11**(1):63-69. doi: 10.1080/09718923.2005.11892495
- Mclaughin M. Implementation as mutual adaptation in Walter Williams, Richard Elmore, eds., Social Program Implementation, New York. Academic Press.1976.
- Palumbo DJ, Calista. Implementation and the Policy Process: Opening up the Black Box. New York: Greenwood Press.1987. 19-38 p.
- Pressman J, Wildavsky A. Implementation, University of California Press: Berkeley.1973.
- Sabatier P, Mazmanian D. The Condition of effective, Implementation, Houghton Mifflin, Sixth.1996.
- Van Meter D, Van Horn C. The policy implementation process. *Admin Soc*. 1975. doi: 10.1177/009539977500600404
- Gauthier C, F., Moran E. Public policy implementation and basic sanitation issues associated with hydroelectric projects in the Brazilian Amazon: Altamira and the Belo Monte dam. *Geoforum*. 2018;**97**:10-21. doi: 10.1016/j.geoforum.2018.10.001