

شناسایی ابعاد و مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری در نظام سلامت شناسایی ابعاد و مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری در نظام سلامت

محسن دادالله پور^۱، حمدالله منظری توکلی^۲، سنجر سلاجقه^۳، شهین شرفی^۴، زهرا شکوه^۵

^۱ دانشجوی دکتری گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

^۳ دانشیار گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

^۴ استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

^۵ استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

چکیده

خط مشی گذاری نظام سلامت یکی از مسائل مهم و مورد توجه سیاستگذاران و مدیران حوزه سلامت است. این مطالعه با هدف شناسایی مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری در نظام سلامت ایران انجام شده است. پژوهش حاضر، یک مطالعه کاربردی و از نوع کیفی می باشد. پس از بررسی مبانی نظری و تحقیقات پیشین و با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری نظام سلامت شناسایی و دسته بندی گردیدند. سپس با بهره گیری از روش دلفی فازی و نظرخواهی از خبرگان دانشگاهی و اجرایی که به صورت هدفمند انتخاب شدند، مهمترین این مولفه‌ها استخراج گردیدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای Excel و Spss نسخه ۲۲ استفاده گردید. پس از برگزاری دو دوره دلفی، توافق نهایی روی مولفه‌ها صورت پذیرفت و مهمترین ابعاد و مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری در نظام سلامت ایران در ۵ بعد و ۵۴ مولفه شامل «عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژی و بین المللی»، «شرایط بین المللی، حقوقی قانونی، روابط انسانی»، «مدیریت و رهبری، تنظیم محتوای خط مشی، مجریان و نظارت»، «ساختار سازمانی، کیفیت خط مشی و محیط» و «تخصیص منابع، اطلاع رسانی، سبک و شیوه اجرا» شناسایی گردیدند. عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژی و بین المللی با مقدار ۱۷/۵۱ درصد بیشترین سهم تبیین تغییرات را برعهده داشت.

واژگان کلیدی: خط مشی گذاری، نظام سلامت، سیاستگذاری سلامت.

۱- مقدمه

^۱ نویسنده مسئول (h_manzari33@yahoo.com)

فرایند خطمشی‌گذاری با پدید آمدن یک مشکل یا به طور دقیق‌تر با مشاهده تفاوت بین شرایط موجود و مطلوب آغاز می‌شود. خط مشی، بر مجموعه اقدام‌های به نسبت پایدار و هدفمند حکومت‌ها، برای حل یک مشکل عمومی دلالت دارد و مجموعه‌ای از اقدام‌های هدفمندی است که توسط بازیگران خط مشی در مواجهه با مشکل یا موضوعی خاص دنبال می‌شود (گرچی پور و همکاران، ۱۳۹۸: ۵۱).

خطمشی‌گذاری عمومی عبارت است از تصمیم‌ها و سیاست‌هایی که به وسیله مراجع مختلف بخش عمومی از قبیل مجلس، دولت و قوه قضائیه که نماینده حفظ منافع عمومی جامعه می‌باشند، اتخاذ می‌گردد. دولت در مفهوم کلی، یک نهاد قانونی خطمشی‌گذاری عمومی است و به صورت‌های مختلف مانند قوانین، ضابطه‌ها و مقررات به تعیین خطمشی می‌پردازد. بر این اساس، مدیران باید علاوه بر مهارت و آگاهی در زمینه‌های فنی، انسانی و اداره امور سازمانی، در زمینه مسائل اجتماعی و خطمشی‌های عمومی به دانش و تجربه نیز مجهز باشند (الوانی، ۱۳۸۸: ۲۶). خطمشی‌گذاری یک چرخه می‌باشد که دارای مراحل است. این چرخه از تشخیص و دریافت مسئله آغاز و شکل‌گیری، طراحی و اجرای خطمشی را نیز شامل می‌شود. ارزیابی، اصلاح، تغییر و خاتمه خطمشی نیز در این چرخه قرار دارند (دانش فرد، ۱۳۸۹: ۶۱).

طراحان معمولاً همراه بیانیه خطمشی، برنامه اجرایی آن را نیز ارائه می‌دهند. در این برنامه اجرایی، زمان اجرا و محل آن، سازمان مجری، مهارت‌های مورد نیاز افراد مجری، منابع مالی و پشتیبانی‌های اداری آن روشن می‌شوند. توانمندی و قابلیت یک دولت در انجام مقاصدش، منوط به ساماندهی و اجرای موفق خطمشی‌هایی است که تدوین نموده است. با این توصیف هر دولتی اجرای موفق برنامه‌ها و خطمشی‌های تدوین شده و همچنین رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده را سرلوحه کار قرار داده تا از این طریق بتواند پاسخگوی نیازهای جامعه هدف خود باشد. تصویب خطمشی به تنهایی، تضمینی برای اجرای خطمشی و دستیابی به اهداف آن نیست. خطمشی‌ها باید کاملاً ساختارمند، پشتیبانی مالی شده و به روشنی جهت دار باشند که بوروکراسی برای اجرای آن چارچوب روشنی داشته باشد (دانش فرد، ۱۳۸۹: ۵۴). بسیاری از خطمشی‌ها بعد از تصویب در مرحله ساماندهی و اجرا با ناکامی مواجه شده‌اند و یا حتی بعضی از آنها قبل از اینکه به مرحله اجرا برسند، کنار گذاشته می‌شوند و خطمشی‌های جدید وضع می‌گردد، برخی نیز در حین تدوین به کلی منسوخ و به بوته فراموشی سپرده شده‌اند. بعضی از خطمشی‌ها نیز اجرا می‌شوند، اما آنچه اجرا شده با آنچه که مورد نظر بوده، همسان نیست (الوانی، ۱۳۸۸: ۴۵).

با توجه به اهمیت شناسایی موانع اجرا، تاکنون تحقیقات گسترده‌ای بر روی آن انجام نشده است و علت این سهل‌انگاری، این فرض خام است که هر وقت خطمشی توسط دولت ابلاغ شود، به طور حتمی اجرا می‌شود و به نتایج دلخواه طراحان خواهد رسید (۲). برخی مطالعات نیز مشکلات اجرای خطمشی را عدم تعریف دقیق و واضح اهداف، اهداف سیاسی مبهم، فقدان فناوری مناسب برای اجرا، عدم تعهد به خطمشی، عدم تعریف دقیق مسئولیت‌ها و هماهنگی‌ها، فساد، موانع محیطی، مدیریتی، قانونی، انسانی، سیستمی، موانع مربوط به گروه‌های هدف و ارتباطی، ماهیت خط مشی، سازمان مجری، انواع کنش‌ها و گروه‌های فشار بیان کرده‌اند (بارت و فودج^۱، ۱۹۸۱: ۱۶۸).

همچنین نظر به اینکه نظام سلامت به عنوان عنصری حیاتی در بافت همه جوامع پذیرفته شده است، هدف این پژوهش شناسایی ابعاد و مولفه‌های موثر بر خط مشی‌گذاری در نظام سلامت کشور در نظر گرفته شد.

در واقع سلامت یکی از ارزشمندترین سرمایه‌های انسانی است و اساس توسعه پایدار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تمام جوامع بشری بر آن استوار است. دولت‌ها وظیفه دارند تمامی امکانات خود را در راستای پاسخ به نیازهای سلامتی جامعه بسیج کنند و خدمات سلامت را در همه سطوح بهداشتی، درمانی و بازتوانی برای مردم فراهم کنند. تولید این امر برعهده نظام سلامت است (شیخی چمن، ۱۳۹۹: ۱۶۹). نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت پرداخته و هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت جامعه است (محقق و همکاران، ۱۴۰۱: ۵۵۶).

¹ Barrett S, Fudge C

سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه، چهار کارکرد اصلی تولید، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت را برای هر نظام سلامتی تعریف کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰: ۱). تامین مالی پایدار نظام سلامت، تامین نیروی انسانی متخصص، استفاده کارآمد از منابع سلامت، تسهیل دسترسی آسان مردم به خدمات سلامت و محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت، همواره برای سیاستگذاران سلامت چالش برانگیز بوده است. منابع نظام سلامت محدود و نیازهای سلامتی مردم نامحدود می باشد. سرعت رشد هزینه های سلامت بیش از سرعت رشد تولید ناخالص داخلی است؛ بنابراین نظام های سلامت نیازمند خط مشی گذاری و سیاستگذاری مناسب در این امور می باشند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۲: ۹۸۴).

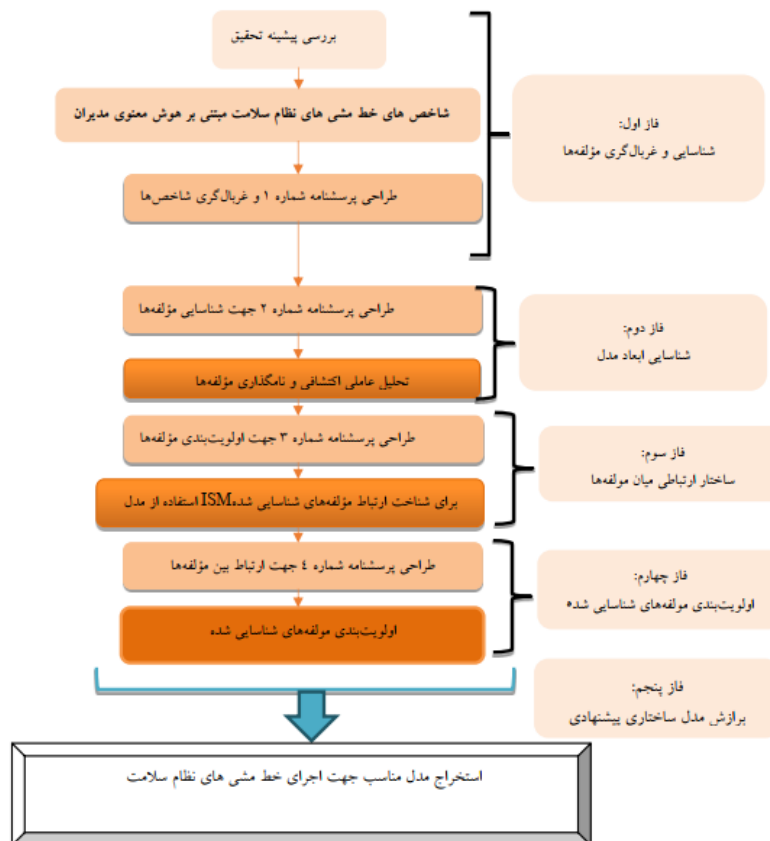
سیاستگذاری و خط مشی گذاری سلامت یکی از وظایف حاکمیتی نظام سلامت است. سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل هایی است که توسط سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه های تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه تدوین می شود و راهنمای تصمیم گیری و برنامه ریزی مدیران سطوح پایین است (مصدق راد، ۱۳۹۸: ۱۴؛ مصدق راد، ۱۳۹۹: ۳۱۸).

از دستاوردهای عمده نظام سلامت می توان به بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید به زندگی، ارتقای شاخص های بهداشتی، کنترل بیماری های مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز اشاره کرد که قسمتی ریشه در خط مشی گذاری های مناسب دارد، اما نارسایی ها، مشکلات و ناکارآمدی های متعددی نیز وجود دارد که بخش زیادی از آن به عدم خط مشی گذاری مناسب یا خط مشی گذاری نامناسب یا اجراء و یا پایش ناکافی خط مشی ها مربوط می شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۱).

سیاستگذاران و دست اندرکاران برنامه ریزی سلامت، بسته به اینکه در چه بافتی می اندیشند، تصمیم گیری و عمل می کنند، ممکن است برداشتی کاملاً متفاوت از مفهوم سلامت و روش سیاست گذاری برای آن داشته باشند. بنابراین نیاز هست خط مشی گذاری و سیاستگذاری های این حوزه در چارچوب منطقی، علمی و با استفاده از شواهد علمی متقن ارتقا یابد و منجر به اصلاحات در بخش های مختلف نظام سلامت شود.

۲- روش شناسی تحقیق

این تحقیق از لحاظ گردآوری داده و اطلاعات از نوع آمیخته است که شامل نخست تحقیق کیفی و روش دلفی فازی و سپس روش تحقیق کمی (مدل یابی معادلات ساختاری و آزمون تحلیل عاملی) می باشد. از طرفی با توجه به این که هدف تحقیقات توسعه دانش کاربردی، در یک زمینه خاص است و تحقیقات کاربردی، به سمت کاربرد عملی دانش، هدایت می شود. این تحقیق با توجه به این که از ابعاد و مؤلفه های الگوهای مطرح شده در زمینه ی خط مشی گذاری نظام سلامت استفاده می نماید، از نظر هدف، تحقیق کاربردی و توسعه ای است.



شکل ۱- فرآیند پژوهش

در مرحله کیفی، از بین روش های تحقیق کیفی از روش دلفی فازی استفاده شد. برای بررسی موضوع تحقیق هم از منابع مکتوب (کتاب، مقاله، پایان نامه و دیگر نوشته ها در این زمینه) و هم نظرسنجی از متخصصین مجرب و خبرگان دارای تجارب ارزنده و مفید مرتبط و همچنین دارای تألیف کتاب، مقاله و رساله مرتبط با نظام سلامت استفاده گردید.

در مرحله کمی، بر اساس استخراج مؤلفه های خط مشی گذاری نظام سلامت، بین اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و متخصصین آشنا با خط مشی های سلامت و تجزیه و تحلیل آنها، با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار Smart PLS روابط بین متغیرهای خط مشی گذاری نظام سلامت و ضرایب همبستگی فیما بین آنها مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت برآزش مدل نهایی انجام شد.

داده های جمع آوری شده به منظور تجزیه و تحلیل می باید در قالب آزمون های آماری یا تکنیک های مدیریت علمی به اطلاعات ارزشمند تبدیل شوند تا بتوان با استفاده از تغییر و تفسیر آن ها به نتایج مورد نظر دست پیدا نمود. در ابتدا به بررسی و تجزیه و تحلیل مشخصه های جمعیت شناختی خبرگان پرداخته شد و سپس مؤلفه های خط مشی های نظام سلامت مدیران شناسایی شده را با استفاده از نظر خبرگان و به کمک روش دلفی فازی و انجام فازی زدایی غربال و مؤلفه های متغیرهای مورد نظر انتخاب گردید. همچنین روایی و پایایی پرسشنامه ها با استفاده از آلفای کرونباخ مورد بررسی و نرمال بودن توزیع مؤلفه ها و نمونه آماری توسط آزمون کلموگورونوف — اسمیرنوف و آزمون تی — ادستوندت انجام شد. همچنین با استفاده از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی و با بهره گیری از نرم افزار expertchoice به اولویت بندی و رتبه بندی ابعاد و مؤلفه ها پرداخته شد.

در این پژوهش، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته به شیوه دستی و الکترونیکی (استفاده از شبکه های اجتماعی و ایمیل) اقدام به گردآوری اطلاعات تا رسیدن مرز اشباع نظری شد. پرسشنامه مهم ترین ابزار گردآوری داده در پژوهش هایی که با رویکرد کمی اجرا می شوند. پرسشنامه شامل دو قسمت بود:

الف- نامه همراه: در این قسمت هدف از گردآوری داده ها به وسیله پرسشنامه و ضرورت همکاری پاسخ دهنده در عرضه داده های مورد نیاز، بیان شده است. برای این منظور بر با ارزش بودن داده های حاصل از پرسشنامه تأکید گردیده تا پاسخ دهنده به طور مناسب پاسخ سوال ها را عرضه کند.

ب- سوال های (گویه ها) پرسشنامه: این بخش از پرسشنامه شامل ۲ قسمت است:

قسمت اول- سؤالات عمومی (جمعیت شناختی): در بخش کیفی در سؤالات عمومی سعی شده است که ویژگی های تیم مشارکت کننده با توجه به جنسیت، سن، تحصیلات و سابقه کار و در بخش کمی، اطلاعات کلی و جمعیت شناختی در رابطه با مدیران جمع آوری گردد.

قسمت دوم- سؤالات اصلی پرسشنامه: در بخش کیفی با استفاده از روش دلفی فازی، منطبق بر مفاهیم شناسایی شده پرسشنامه در اختیار تیم مشارکت کننده قرار گرفت و اقدام به انتخاب نهایی مفاهیم شد و در بخش کمی به تحلیل ابعاد مدل اجرای خط مشی های نظام سلامت پرداخته شد. منطق فازی قادر است بسیاری از مفاهیم، متغیرها و سیستم های غیر دقیق و مبهم را به شکل ریاضی درآورده و زمینه را برای استدلال، استنتاج، کنترل و تصمیم گیری در شرایط عدم اطمینان فراهم آورد.

جدول ۱- ارزش گذاری مقیاس فازی نسبت به هم

متغیر کلامی	عدد فازی	L	M	U	عدد فازی قطعی شده
خیلی کم	(۰, ۰, ۰/۲۵)	۰	۰	۰/۲۵	۰.۰۶
کم	(۰, ۰/۲۵, ۰/۵)	۰	۰/۲۵	۰/۵	۰.۲۵
متوسط	(۰/۲۵, ۰/۵, ۰/۷۵)	۰/۲۵	۰/۵	۰/۷۵	۰.۵
زیاد	(۰/۵, ۰/۷۵, ۱)	۰/۵	۰/۷۵	۱	۰.۷۵
خیلی زیاد	(۰/۷۵, ۱, ۱)	۰/۷۵	۱	۱	۰.۹۴

برای اجرای روش دلفی فازی ابتدا مقادیر فازی مثلثی نظرات خبرگان، محاسبه و نظرات ایشان تبدیل به مقادیر فازی شد. در گام بعدی، برای محاسبه میانگین نظرات پاسخ دهندگان، میانگین فازی آنها محاسبه شد. بدین منظور لازم است که عدد فازی مثلثی هر متغیر محاسبه شود. سپس پس از غربالگری و تأیید نهایی، مؤلفه های مدل توسط تحلیل عاملی اکتشافی به وسیله ابزار پرسشنامه استخراج گردید. برای طراحی پرسشنامه از طیف پنج گزینه ای لیکرت استفاده شد.

جدول ۲- شکل کلی امتیازبندی

شکل کلی	کاملاً مخالفم	مخالفم	تأخوددی	موافقم	کاملاً موافقم
امتیاز بندی	۱	۲	۳	۴	۵

جدول ۳- متغیرها و تعداد کلی سؤالات هر کدام

مجموع سؤالات	ابعاد	متغیرهای مورد بررسی
۴	جنسیت تحصیلات سابقه کار سن	عمومی (جمعیت‌شناختی)

جدول ۴- تعداد پرسشنامه‌ها، گروه پاسخ‌دهندگان و اهداف

هدف	پاسخ‌دهندگان	ابزار گردآوری اطلاعات	فاز
غربال‌گری شاخص‌های خط مشی های نظام سلامت مبتنی بر هوش معنوی مدیران در دانشگاه های علوم پزشکی قطب ۸ کشور	-	مطالعه ادبیات تحقیق بررسی اسناد و مدارک مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته	اول
استخراج ابعاد مدل	مدیران نظام پزشکی	پرسشنامه شماره ۱	دوم
ساختار ارتباطی میان مولفه‌ها	خبرگان	پرسشنامه شماره ۳	سوم
اولویت‌بندی مؤلفه‌های مدل	مدیران نظام پزشکی	پرسشنامه شماره ۴	چهارم
برازش مدل ساختاری	مدیران نظام پزشکی	پرسشنامه شماره ۵	پنجم

در این تحقیق پس از ویرایش داده‌ها، کدگذاری و ورود داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی و نرم‌افزارهای نظیر Excel، SPSS، PLS استفاده شد. همچنین در سطح استنباطی از آزمون‌هایی نظیر آزمون آلفای کرونباخ، KMO و بارتلت، ضریب همبستگی، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی با استفاده از مدل معادلات ساختاری توسط نرم‌افزار لیزرل، الگوسازی ساختاری-تفسیری با استفاده از ISM در نرم‌افزارهای دیگری همچون SPSS و Excel استفاده شد.

۳- یافته‌ها

در این مطالعه به منظور شناسایی ابعاد و مولفه‌های موثر بر خط مشی گذاری نظام سلامت از نظرات خبرگان استفاده گردید.

- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای نمونه

جدول زیر توزیع فراوانی حجم نمونه از لحاظ جنسیت، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل، سن و سابقه را نشان می‌دهد. حجم نمونه این پژوهش از لحاظ جنسیت، ۵۴.۸۹ درصد مرد و ۴۵.۱۱ درصد زن بودند.

جدول ۴- فراوانی حجم نمونه بر اساس جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۵۶	۵۴.۸۹٪
زن	۱۲۸	۴۵.۱۱٪
جمع کل	۲۸۴	۱۰۰٪

حجم نمونه این پژوهش از لحاظ مدرک تحصیلی، ۱۷.۹۳ درصد لیسانس، ۵۴.۳۵ درصد فوق لیسانس و ۲۷.۷۲ درصد دکتری بودند.

جدول ۵- فراوانی حجم نمونه بر اساس مدرک تحصیلی

مدرک تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
لیسانس	۵۱	۱۷.۹۳٪
فوق لیسانس	۱۵۴	۵۴.۳۵٪
دکتری	۷۹	۲۷.۷۲٪
جمع کل	۲۸۴	۱۰۰

حجم نمونه این پژوهش از لحاظ وضعیت تأهل، ۱۸.۴۸ درصد مجرد و ۸۱.۵۲ درصد متأهل بودند.

جدول ۶- فراوانی حجم نمونه بر اساس وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی
مجرد	۵۲	۱۸.۴۸٪
متأهل	۲۳۲	۸۱.۵۲٪
جمع کل	۲۸۴	۱۰۰

حجم نمونه این پژوهش از لحاظ وضعیت سن، ۴۴.۵۶ درصد کمتر از ۴۰ سال و ۱۵.۲۲ درصد بین ۴۱-۵۰ سال داشتند.

جدول ۷- فراوانی حجم نمونه بر اساس سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۴۰ سال	۱۲۷	۴۴.۵۶٪
بین ۴۱-۵۰ سال	۴۳	۱۵.۲۲٪
بین ۵۱-۶۰ سال	۵۲	۱۸.۴۸٪
بیش از ۶۱ سال	۶۲	۲۱.۷۴٪
جمع کل	۲۸۴	۱۰۰

از لحاظ سابقه خدمت پاسخ دهندگان، ۱۶.۳ درصد سابقه کمتر از ۱۰ سال، ۵۶.۵۲ درصد بین ۱۱-۲۰ سال، و ۲۷.۱۸ درصد بیشتر از ۲۱ سال سابقه خدمت داشتند.

جدول ۸- فراوانی حجم نمونه بر اساس سابقه خدمت

مدت خدمت	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۱۰ سال	۴۶	۱۶.۳٪
۱۱ - ۲۰ سال	۱۶۱	۵۶.۵۲٪
بیشتر از ۲۱ سال	۷۷	۲۷.۱۸٪
جمع کل	۲۸۴	۱۰۰

یافته‌های تحلیلی

مؤلفه‌های مشخص شده، به صورت پرسشنامه دلفی با طیف ۵ گزینه لیکرت، طراحی شده و در اختیار خبرگان قرار گرفت. برای ارزیابی و غربال‌گری یافته‌ها از تکنیک دلفی فازی برای انتخاب مفاهیم استفاده شد که پس از برگزاری دو دوره دلفی، توافق نهایی روی مؤلفه‌ها صورت پذیرفت و مهمترین ابعاد و مؤلفه‌های موثر بر خط مشی گذاری در نظام سلامت ایران در ۵ بعد و ۵۳ مؤلفه شناسایی گردیدند که در جدول ۹ نشان داده شده‌اند.

جدول ۹- ابعاد و مؤلفه‌های بین‌المللی نظام سلامت

ابعاد	مؤلفه‌ها
عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژی و بین‌المللی	<ul style="list-style-type: none"> - تغییر هرم - افزایش بیماری‌های غیرواگیر و حوادث و سوانح - فرهنگ سازی استحقاق دریافت خدمات - محدودیت منابع مالی دولتی - تامین پایدار منابع مالی - بدهی بخش سلامت - توزیع فناوری‌های تشخیصی درمانی - نوآوری‌های تکنولوژیک - فشار نهادهای بین‌المللی مرتبط با حوزه سلامت - تهدیدهای منطقه - تصدی‌گری دولتی - رفع تعارض قانونی ساختارهای موازی - بسترسای قانونی مشارکت بخش خصوصی - تمایل به پذیرش تغییرات در کارکنان تخصصی و کارشناسی - انگیزش و روحیه جمعی - تقویت فرهنگ عدم قانون‌گریزی، بی‌نظمی و بی‌برنامگی
شرایط بین‌المللی، حقوقی قانونی، روابط انسانی	<ul style="list-style-type: none"> - تقویت خودکنترلی و اخلاق‌گرایی - توانمندسازی کارکنان - مهارت‌های مدیریتی - به‌کارگیری مدیران حرفه‌ای و تخصصی - جلب حمایت و همکاری سازمانی - رعایت الزامات خط مشی گذاری - تنقیح خط مشی‌های گذشته - مشارکت ذینفعان و مجریان - خدمات محوری و توجه به پیشگیری - تعاملات بین‌بخشی و سازمانی - مدیریت خطا - پیوست اخلاقی و فرهنگی - کنترل تعارض منافع - مدیریت منابع انسانی و مالی - اجرای غیرسیاسی - تجربه، مهارت و تعهد کافی مجریان
	<ul style="list-style-type: none"> - ارتقا نظام ارزیابی عملکرد - ارتقا ابزارهای برخورد با متخلفین - ارتقا نظام رسیدگی به شکایات

<ul style="list-style-type: none"> - گستردگی تولی گری سلامت - یکپارچه سازی شبکه اطلاعاتی - زیرساخت ها و پیش نیازها - افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان خط مشی - عدم سیاست زدگی در تدوین و حمایت مرحله اجرا از جانب دولت - وجود خط مشی و سیاست های جامع در نظام سلامت - در نظر گرفتن مبانی علمی در سیاستگذاری - هدفگذاری دقیق واقعی - گروه های ذی نفوذ - غلبه نگاه ملی بر بخش نگری - امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت کشور 	<p>مدیریت و رهبری، تنظیم محتوای خط مشی، مجریان و نظارت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - شرایط اقتصادی - تخصیص بهینه منابع و امکانات - ضمانت های مالی و اعتباری و تامین سرمایه - استفاده از تکنولوژی و فناوری های پیشرفته - آگاهی عامه مردم از خط مشی های تدوین شده (مصاحبه - توجه به حقوق جامعه هدف - آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه - استفاده از ابزارهای اجرای مناسب برای اجرا (داوطلبانه، اجباری) 	<p>تخصیص منابع، اطلاع رسانی، سبک و شیوه اجرا</p>
<ul style="list-style-type: none"> - زمان بندی مناسب و معقول برای اجرا - تعیین شاخص های ارزیابی در مرحله اجرای سیاست ها - عدم تغییرات متناوب برنامه ها و روش های اجرا - تدوین راهبردها (دستورالعمل های صحیح) برای اجرای خط مشی 	<p>شرایط بین المللی، حقوقی، قانونی، روابط انسانی</p>

سوال ۱: خط مشی های نظام سلامت شامل چه ابعاد و مولفه هایی می باشد؟

برای پاسخ به سوال اول از تکنیک دلفی فازی برای غربالگری اولیه خط مشی های مولفه های نظام سلامت و در نهایت با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دسته بندی این مؤلفه ها در مقولات بزرگتر پرداخته شده است.

یافته های تکنیک دلفی فازی: در مرحله اول با توجه به اینکه هر یک از محققین پیشین مؤلفه های مختلفی را در مقالات خود معرفی نمودند، با روش تحلیل محتوا و ترکیب کدهای مشابه، مؤلفه های اولیه در هر یک از ابعاد الگو، با تحلیل مقالات و کتب موجود و مصاحبه ها با گروه خبرگان مورد شناسایی قرار گرفت.

در مرحله دوم، مفاهیم مشخص شده در مرحله قبل، به صورت پرسشنامه دلفی با طیف ۵ گانه لیکرت، طراحی شده و در اختیار خبرگان قرار گرفته است. برای ارزیابی و غربالگری یافته ها از تکنیک دلفی فازی برای انتخاب مفاهیم استفاده شده است. مؤلفه هایی که در این مرحله توسط پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفتند، خروجی مدل می باشد. این مفاهیم با طیف لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد به صورت کلامی بکار گرفته شد که در مراحل بعدی از مقادیر فازی با استفاده از جدول ۱۰ استفاده شده است.

جدول ۱۰- ارزش گذاری مؤلفه ها نسبت به هم

متغیر کلامی	عدد فازی	L	M	U	عدد فازی قطعی شده
خیلی کم	(۰، ۰، ۰/۲۵)	۰	۰	۰/۲۵	۰.۰۸۳
کم	(۰، ۰/۲۵، ۰/۵)	۰	۰/۲۵	۰/۵	۰.۲۱
متوسط	(۰/۲۵، ۰/۵، ۰/۷۵)	۰/۲۵	۰/۵	۰/۷۵	۰.۴۱

متغیر کلامی	عدد فازی	L	M	U	عدد فازی قطعی شده
زیاد	(۰/۷۵، ۰/۵، ۱)	۰/۵	۰/۷۵	۱	۰/۷۱
خیلی زیاد	(۱، ۱، ۰/۷۵)	۰/۷۵	۱	۱	۰/۹۲

در جدول فوق اعداد فازی قطعی شده با استفاده از روش میانگین به شکل زیر محاسبه شده است (مؤمنی، ۱۳۹۱):

$$\kappa_2 = \frac{U+2M+L}{4}; \kappa_3 = \frac{U+4M+L}{6}; \kappa_1 = \frac{U+M+L}{3}$$

$$\text{Crisp number} = \max(\kappa_1, \kappa_2, \kappa_3)$$

با توجه به نتایج این جدول میانگین فازی هر کدام از مؤلفه ها با توجه به روابط زیر محاسبه و با استفاده از روش میانگین اعداد فازی تبدیل به قطعی شده و میانگین قطعی خبرگان برای هر مؤلفه برآورد شده است:

$$A_i = (a_1^i, a_2^i, a_3^i) \quad i = 1, 2, 3, \dots, n$$

$$A_{ave} = \left(\frac{1}{n} \sum_1^n a_1^i, \frac{1}{n} \sum_1^n a_2^i, \frac{1}{n} \sum_1^n a_3^i \right)$$

در این رابطه A_i بیانگر دیدگاه خبره i ام و A_{ave} بیانگر میانگین دیدگاه های خبرگان است.

- غربالگری مؤلفه ها با تکنیک دلفی فازی

در این مرحله مؤلفه های گردآوری شده توسط تحلیل محتوا و مصاحبه به اعضای گروه خبره ارسال گردیده و میزان موافقت آنها با هر کدام از مفاهیم اخذ شده و نقطه نظرات پیشنهادی و اصلاحی آنها در جدول زیر جمع بندی شده است. با توجه به گزینه های پیشنهادی و متغیرهای زبانی تعریف شده در پرسشنامه، نتایج حاصل از بررسی پاسخ های ارائه شده در جدول ۱۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱۱- میانگین فازی نظرسنجی برای خط مشی های نظام سلامت

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت					مؤلفه ها و ابعاد خط مشی	ردیف
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد		
۰/۸۴۶	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۶۲	۰	۰	۱	۱	۹	تغییر هرم	۱
۰/۸۳۱	۰/۹۷	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۱	۰	۷	۹	تغییر سبک زندگی	۲
۰/۹۰۷	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۶۹	۰	۰	۱	۲	۱۴	افزایش بیماری های غیرواگیر و حوادث و سوانح	۳
۰/۷۷۹	۰/۹۶	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۰	۳	۸	۶	فرهنگ سازی استحقاق دریافت خدمات	۴
۰/۸۵۵	۰/۹۷	۰/۸۸	۰/۶۳	۰	۰	۲	۴	۱۱	محدودیت منابع مالی دولتی	۵

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت						
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	ردیف	
۰/۶۸۱	۰/۸۸	۰/۶۹	۰/۴۴	۰	۲	۴	۷	۴	۶	تامین پایدار منابع مالی
۰/۵۹۹	۰/۹۱	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۱	۴	۹	۳	۷	کسری صندوق های بیمه ای
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۲	۱	۸	۴	۸	بدهی بخش سلامت
۰/۷۴۵	۰/۹۰	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۲	۳	۴	۸	۹	توزیع فناوری های تشخیصی درمانی
۰/۶۳۰	۰/۸۵	۰/۶۳	۰/۴۰	۰	۰	۷	۷	۲	۱۰	نوآوری های تکنولوژیک
۰/۵۳۹	۰/۷۶	۰/۵۴	۰/۲۹	۰	۴	۸	۳	۲	۱۱	تحریم های بین المللی
۰/۶۹۴	۰/۸۸	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۳	۲	۷	۵	۱۲	فشار نهادهای بین المللی مرتبط با حوزه سلامت
۰/۶۲۱	۰/۸۸	۰/۷۴	۰/۵۰	۱	۱	۳	۵	۷	۱۳	تهدیدهای منطقه
۰/۴۳۰	۰/۸۷	۰/۷۵	۰/۵۱	۱	۱	۴	۲	۹	۱۴	قوانین بالادستی
۰/۷۹۲	۰/۹۶	۰/۸۱	۰/۵۶	۰	۰	۳	۷	۷	۱۵	تصدی گری دولتی
۰/۷۷۵	۰/۹۳	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۱	۳	۵	۸	۱۶	رفع تعارض قانونی ساختارهای موازی
۰/۶۴۰	۰/۸۵	۰/۶۵	۰/۴۰	۰	۱	۸	۵	۳	۱۷	بسترسای قانونی مشارکت بخش خصوصی
۰/۷۷۲	۰/۹۱	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۰	۶	۲	۹	۱۸	تمایل به پذیرش تغییرات در کارکنان تخصصی و کارشناسی
۰/۶۷۲	۰/۹۰	۰/۶۸	۰/۴۳	۰	۱	۵	۹	۲	۱۹	انگیزش و روحیه جمعی
۰/۸۵۸	۰/۹۹	۰/۸۸	۰/۶۳	۰	۰	۱	۶	۱۰	۲۰	تقویت فرهنگ عدم قانون گریزی، بی نظمی و بی برنامه گی
۰/۶۵۴	۰/۸	۰/۶۶	۰/۴۱	۰	۰	۹	۵	۳	۲۱	تقویت خودکنترلی و اخلاق گرایی
۰/۸۰۴	۰/۹۶	۰/۸۲	۰/۵۷	۰	۰	۳	۶	۸	۲۲	توانمندسازی کارکنان

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت					
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	ردیف
۰/۵۶۹	۰/۸۸	۰/۶۸	۰/۴۳	*	۱	۶	۷	۳	۲۳
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	*	۲	۳	۸	۴	۲۴
۰/۷۴۳	۰/۹۶	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۰	۳	۱۱	۳	۲۵
۰/۸۴۶	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۶۲	۰	۰	۱	۷	۹	۲۶
۰/۷۰۸	۰/۹۰	۰/۷۲	۰/۴۷	*	۲	۳	۷	۵	۲۷
۰/۸۳۷	۰/۷۵	۰/۵۴	۰/۲۹	*	۵	۷	۲	۳	۲۸
۰/۷۶۷	۰/۹۶	۰/۸۷	۰/۵۳	*	۱	۱	۱۰	۵	۲۹
۰/۴۷۱	۰/۷۱	۰/۴۷	۰/۲۴	۱	۴	۹	۲	۱	۳۰
۰/۸۱۶	۰/۹۶	۰/۸۴	۰/۵۹	۰	۰	۳	۵	۹	۳۱
۰/۷۴۸	۰/۹۱	۰/۷۶	۰/۵۱	*	۱	۴	۵	۷	۳۲
۰/۶۳۱	۰/۹۷	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۰	۲	۶	۹	۳۳
۰/۷۴۷	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۵۳	۰	۰	۳	۹	۵	۳۴
۰/۶۷۹	۰/۸۷	۰/۶۹	۰/۴۴	*	۲	۵	۵	۵	۳۵
۰/۳۸۷	۰/۶۳	۰/۳۸	۰/۱۵	۱	۷	۸	۱	۰	۳۶
۰/۷۱۱	۰/۹۱	۰/۷۲	۰/۴۷	*	۱	۴	۸	۴	۳۷
۰/۶۰۳	۰/۸۵	۰/۶۰	۰/۳۵	*	۱	۸	۸	۰	۳۸
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	*	۰	۷	۶	۴	۳۹
۰/۶۶۴	۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۴۳	*	۲	۶	۴	۵	۴۰
۰/۶۴۵	۰/۸۸	۰/۶۵	۰/۴۰	*	۲	۴	۱۰	۱	۴۱

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت					
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	ردیف
۰/۷۴۵	۰/۹۷	۰/۷۵	۰/۵۰	*	۰	۲	۱۳	۲	۴۲
۰/۵۲۷	۰/۸۵	۰/۶۳	۰/۳۸	*	۴	۲	۹	۲	۴۳
۰/۸۱۹	۰/۹۷	۰/۸۴	۰/۵۹	*	۰	۲	۷	۸	۴۴
۰/۶۸۴	۰/۹۰	۰/۶۹	۰/۴۴	*	۱	۵۸	۸	۳	۴۵
۰/۸۷۰	۰/۹۹	۰/۹۰	۰/۶۵	*	۰	۱	۵	۱۱	۴۶
۰/۶۵۴	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۴۱	*	۳	۳	۸	۳	۴۷
۰/۸۳۶	۱/۰۰	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۰	۰	۱۰	۷	۴۸
۰/۴۳۸	۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۵۱	۱	۰	۳	۷	۶	۴۹
۰/۷۵۰	۰/۹۳	۰/۷۶	۰/۵۱	*	۰	۵	۶	۶	۵۰
۰/۷۹۴	۰/۹۷	۰/۸۱	۰/۵۶	*	۰	۲	۹	۶	۵۱
۰/۷۳۸	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۵۰	*	۱	۳	۸	۵	۵۲
۰/۷۵۲	۰/۹۴	۰/۷۶	۰/۵۱	*	۰	۴	۸	۵	۵۳
۰/۷۱۵	۰/۸۵	۰/۶۲	۰/۳۷	*	۳	۴	۹	۱	۵۴
۰/۴۰۶	۰/۹۷	۰/۸۲	۰/۵۷	*	۰	۲	۸	۷	۵۵
۰/۸۲۶	۰/۹۴	۰/۸۵	۰/۶۰	*	۱	۲	۳	۱۱	۵۶
۰/۸۱۶	۰/۹۶	۰/۸۴	۰/۵۹	۰	۰	۳	۵	۹	۵۷

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت						
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	ردیف	
۰/۸۲۱	۰/۹۹	۰/۸۴	۰/۵۹	۰	۰	۱	۹	۷	تخصیص بهینه منابع و امکانات	۵۸
۰/۷۵۲	۰/۹۴	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۱	۲	۹	۵	ضمانت های مالی و اعتباری و تامین سرمایه	۵۹
۰/۷۹۲	۰/۹۶	۰/۸۱	۰/۵۶	۰	۰	۳	۷	۷	استفاده از تکنولوژی و فناوری های پیشرفته	۶۰
۰/۶۰۸	۰/۸۱	۰/۶۲	۰/۳۷	۰	۳	۷	۳	۴	آگاهی عامه مردم از خط مشی های تدوین شده (مصاحبه)	۶۱
۰/۶۴۰	۰/۸۵	۰/۶۵	۰/۴۰	۰	۳	۴	۷	۳	توجه به حقوق جامعه هدف	۶۲
۰/۷۳۵	۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۲	۲	۷	۶	آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه	۶۳
۰/۳۵۴	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۴۱	۰	۰	۹	۵	۳	توجه رسانه ها به اجرا	۶۴
۰/۸۰۴	۰/۹۶	۰/۸۲	۰/۵۷	۰	۰	۳	۶	۸	استفاده از ابزارهای اجرای مناسب برای اجرا (داوطلبانه، اجباری)	۶۵
۰/۶۶۹	۰/۸۸	۰/۶۸	۰/۴۳	۰	۱	۶	۷	۳	زمان بندی مناسب و معقول برای اجرا	۶۶
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۲	۳	۸	۴	تعیین شاخص های ارزیابی در مرحله اجرای سیاست ها	۶۷
۰/۵۴۳	۰/۹۶	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۰	۳	۱۱	۳	اجرای آزمایشی سیاست ها و بازخورد	۶۸
۰/۸۴۶	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۶۲	۰	۰	۱	۵	۹	عدم تغییرات متناوب برنامه ها و روش های اجرا	۶۹
۰/۷۰۸	۰/۹۰	۰/۷۲	۰/۴۷	۰	۲	۳	۷	۵	تدوین راهبردها (دستورالعمل های صحیح) برای اجرای خط مشی	۷۰

نتایج میانگین فازی قطعی شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌هایی که میانگین فازی زدایی شده بالای ۰.۶۰ بدست آمده مورد تأیید خبرگان می‌باشند و مؤلفه‌ها با میانگین فازی زدایی شده کمتر از ۰.۶۰، مورد تأیید خبرگان نیستند و از تحلیل خارج می‌شوند. در ادامه با تهیه پرسشنامه اصلی تحقیق و توزیع آن بین اعضای نمونه به تحلیل عاملی اکتشافی و دسته‌بندی متغیرهای استخراج شده توسط مطالعات کتابخانه‌ای و نظر خبرگان پرداخته شده است.

بنابراین برای پاسخ به سوال ابعاد و مولفه های خط مشی های نظام سلامت از تکنیک دلفی فازی برای غربالگری اولیه خط مشی های مولفه های نظام سلامت و در نهایت با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دسته بندی این مؤلفه ها در مقولات بزرگتر پرداخته شده است.

جدول ۱۲- میانگین فازی نظرسنجی برای خط مشی های نظام سلامت

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت						ردیف
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	مولفه ها	
۰/۸۴۶	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۶۲	۰	۰	۱	۷	۹	تغییر هرم	۱
۰/۸۳۱	۰/۹۷	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۱	۰	۷	۹	تغییر سبک زندگی	۲
۰/۹۰۷	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۶۹	۰	۰	۱	۲	۱۴	افزایش بیماری های غیرواگیر و حوادث و سوانح	۳
۰/۷۷۹	۰/۹۶	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۰	۳	۸	۶	فرهنگ سازی استحقاق دریافت خدمات	۴
۰/۸۵۵	۰/۹۷	۰/۸۸	۰/۶۳	۰	۰	۲	۴	۱۱	محدودیت منابع مالی دولتی	۵
۰/۶۸۱	۰/۸۸	۰/۶۹	۰/۴۴	۰	۲	۴	۷	۴	تامین پایدار منابع مالی	۶
۰/۵۹۹	۰/۹۱	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۱	۴	۹	۳	کسری صندوق های بیمه ای	۷
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۲	۳	۸	۴	بدهی بخش سلامت	۸
۰/۷۴۵	۰/۹۰	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۲	۳	۴	۸	توزیع فناوری های تشخیصی درمانی	۹
۰/۶۳۰	۰/۸۵	۰/۶۳	۰/۴۵	۱	۰	۷	۷	۲	نوآوری های تکنولوژیک	۱۰
۰/۵۳۹	۰/۷۶	۰/۵۴	۰/۲۹	۰	۴	۸	۳	۲	تحریم های بین المللی	۱۱
۰/۶۹۴	۰/۸۸	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۳	۲	۷	۵	فشار نهادهای بین المللی مرتبط با حوزه سلامت	۱۲
۰/۶۲۱	۰/۸۸	۰/۷۴	۰/۵۰	۱	۱	۳	۵	۷	تهدیدهای منطقه	۱۳
۰/۴۳۰	۰/۸۷	۰/۷۵	۰/۵۱	۱	۱	۴	۲	۹	قوانین بالادستی	۱۴
۰/۷۹۲	۰/۹۶	۰/۸۱	۰/۵۶	۰	۰	۳	۷	۷	تصدی گری دولتی	۱۵
۰/۷۷۵	۰/۹۳	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۱	۳	۵	۸	رفع تعارض قانونی ساختارهای موازی	۱۶
۰/۶۴۰	۰/۸۵	۰/۶۵	۰/۴۰	۰	۱	۸	۵	۳	بسترهای قانونی مشارکت بخش خصوصی	۱۷
۰/۷۷۲	۰/۹۱	۰/۷۹	۰/۵۴	۰	۰	۶	۲	۹	تمایل به پذیرش تغییرات در کارکنان تخصصی و کارشناسی	۱۸
۰/۶۷۲	۰/۹۰	۰/۶۸	۰/۴۳	۰	۱	۵	۹	۲	انگیزش و روحیه جمعی	۱۹
۰/۸۵۸	۰/۹۹	۰/۸۸	۰/۶۳	۰	۰	۱	۶	۱۰	تقویت فرهنگ عدم قانون گریزی، بی نظمی و بی برنامه گی	۲۰

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت						
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	مولفه‌ها	ردیف
۰/۶۵۴	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۴۱	۰	۰	۹	۵	۳	تقویت خودکنترلی و اخلاق‌گرایی	۲۱
۰/۸۰۴	۰/۹۶	۰/۸۲	۰/۵۷	۰	۰	۳	۶	۸	توانمندسازی کارکنان	۲۲
۰/۵۶۹	۰/۸۸	۰/۶۸	۰/۴۳	۰	۱	۶	۷	۳	سبک مدیریت	۲۳
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۲	۳	۸	۴	مهارت‌های مدیریتی	۲۴
۰/۷۴۳	۰/۹۶	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۰	۳	۱۱	۳	به‌کارگیری مدیران حرفه‌ای و تخصصی	۲۵
۰/۸۴۶	۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۶۲	۰	۰	۱	۷	۹	جلب حمایت و همکاری سازمانی	۲۶
۰/۷۰۸	۰/۹۰	۰/۷۲	۰/۴۷	۰	۲	۳	۷	۵	رعایت الزامات خط مشی‌گذاری	۲۷
۰/۸۳۹	۰/۷۵	۰/۵۴	۰/۲۹	۰	۵	۷	۲	۳	تنقیح خط‌مشی‌های گذشته	۲۸
۰/۷۶۷	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۵۳	۰	۱	۱	۱۰	۵	مشارکت ذینفعان و مجریان	۲۹
۰/۴۷۱	۰/۷۱	۰/۴۷	۰/۲۴	۱	۴	۹	۲	۱	عدالت‌گرایی	۳۰
۰/۸۱۶	۰/۹۶	۰/۸۴	۰/۵۹	۰	۰	۳	۵	۹	خدمات محوری و توجه به پیشگیری	۳۱
۰/۷۴۸	۰/۹۱	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۱	۴	۵	۷	تعاملات بین‌بخشی و سازمانی	۳۲
۰/۶۳۱	۰/۹۷	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۰	۲	۶	۹	مدیریت خطا	۳۳
۰/۷۶۷	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۵۳	۰	۰	۳	۹	۵	پیوست اخلاقی و فرهنگی	۳۴
۰/۶۷۹	۰/۸۷	۰/۶۹	۰/۴۴	۰	۲	۵	۵	۵	کنترل تعارض منافع	۳۵
۰/۳۸۷	۰/۶۳	۰/۳۸	۰/۱۵	۱	۷	۸	۱	۰	بیگانگی مجریان خط‌مشی	۳۶
۰/۷۱۱	۰/۹۱	۰/۷۲	۰/۴۷	۰	۱	۴	۸	۴	مدیریت منابع انسانی و مالی	۳۷
۰/۶۰۳	۰/۸۵	۰/۶۰	۰/۳۵	۰	۱	۸	۸	۰	اجرای غیرسیاسی	۳۸
۰/۶۹۶	۰/۹۰	۰/۷۱	۰/۴۶	۰	۰	۷	۶	۴	تجربه، مهارت و تعهد کافی مجریان	۳۹
۰/۶۶۴	۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۴۳	۰	۲	۶	۴	۵	ارتقا نظام ارزیابی عملکرد	۴۰
۰/۶۴۵	۰/۸۸	۰/۶۵	۰/۴۰	۰	۲	۴	۱۰	۱	ارتقا ابزارهای برخورد با متخلفین	۴۱
۰/۷۴۵	۰/۹۷	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۰	۲	۱۳	۲	ارتقا نظام رسیدگی به شکایات	۴۲
۰/۵۲۷	۰/۸۵	۰/۶۳	۰/۳۸	۰	۴	۲	۹	۲	بازخورد محوری فرایندی	۴۳
۰/۸۱۹	۰/۹۷	۰/۸۴	۰/۵۹	۰	۰	۲	۷	۸	گسترده‌گری تولی‌گری سلامت	۴۴

میانگین فازی زدایی شده	میانگین فازی مثلثی			میزان موافقت						
	U	M	L	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	مؤلفه‌ها	ردیف
۰/۶۸۴	۰/۹۷	۰/۶۹	۰/۴۴	۰	۱	۵	۹	۳	یکپارچه سازی شبکه اطلاعاتی	۴۵
۰/۸۷۰	۰/۹۹	۰/۹۰	۰/۶۵	۰	۰	۱	۵	۱۱	زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها	۴۶
۰/۶۵۴	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۴۱	۰	۳	۳	۸	۳	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان خدمتی	۴۷
۰/۸۳۶	۱/۰۰	۰/۸۵	۰/۶۰	۰	۰	۰	۱۰	۷	عدم سیاست‌زدگی در تدوین و حمایت مرحله اجرا از جانب دولت	۴۸
۰/۴۳۸	۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۵۱	۱	۰	۳	۷	۶	استفاده از الگوهای تقلیدی و وارداتی در نظام سلامت (مصاحبه)	۴۹
۰/۷۵۰	۰/۹۳	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۰	۵	۶	۶	وجود خط مشی و سیاست‌های جامع در نظام سلامت	۵۰
۰/۷۹۴	۰/۹۷	۰/۸۱	۰/۵۶	۰	۰	۲	۹	۶	در نظر گرفتن مبانی علمی در سیاستگذاری	۵۱
۰/۷۳۸	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۵۰	۰	۱	۳	۸	۵	هدفگذاری دقیق واقعی	۵۲
۰/۷۵۲	۰/۹۴	۰/۷۶	۰/۵۱	۰	۰	۴	۸	۵	گروه‌های ذی‌نفع	۵۳
۰/۷۱۵	۰/۸۵	۰/۶۲	۰/۳۷	۰	۳	۴	۹	۱	غلبه نگاه ملی بر بخش‌نگری	۵۴

نتایج میانگین فازی قطعی شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌هایی که میانگین فازی زدایی شده بالای ۰.۶۰ بدست آمده مورد تأیید خبرگان می‌باشند و مؤلفه‌ها با میانگین فازی زدایی شده کمتر از ۰.۶۰، مورد تأیید خبرگان نیستند و از تحلیل خارج می‌شوند. در ادامه با تهیه پرسشنامه اصلی تحقیق و توزیع آن بین اعضای نمونه به تحلیل عاملی اکتشافی و دسته‌بندی متغیرهای استخراج شده توسط مطالعات کتابخانه‌ای و نظر خبرگان پرداخته شده است.

۴- بحث و نتیجه‌گیری

در مرحله اول با توجه به اینکه هر یک از محققین پیشین مؤلفه‌های مختلفی را در مقالات خود معرفی نمودند، با روش تحلیل محتوا و ترکیب کدهای مشابه، مؤلفه‌های اولیه در هر یک از ابعاد الگو، با تحلیل مقالات و کتب موجود و مصاحبه‌ها با گروه خبرگان مورد شناسایی قرار گرفت. نتیجه این مطالعات استخراج ۷۰ شاخص بود. پس از استخراج این شاخص‌ها از ادبیات موضوع، در مرحله دوم، مفاهیم مشخص شده در مرحله قبل، به صورت پرسشنامه دلفی با طیف ۵ گانه لیکرت، طراحی شده و در اختیار خبرگان قرار گرفته است. برای ارزیابی و غربال‌گری یافته‌ها از تکنیک دلفی فازی برای انتخاب مفاهیم استفاده شده است. مؤلفه‌هایی که در این مرحله توسط پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفتند، خروجی مدل می‌باشد. این مفاهیم با طیف لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد به صورت کلامی بکار گرفته شد که در مراحل بعدی از مقادیر فازی استفاده شده است. سپس مؤلفه‌های گردآوری شده توسط تحلیل محتوا و مصاحبه به اعضای گروه خبره ارسال گردید و میزان موافقت آنها با هر کدام از مفاهیم اخذ شده و نقطه نظرات پیشنهادی و اصلاحی آنها جمع بندی شد. در ادامه با توجه به نتایج میانگین فازی قطعی شده، ۱۲ مؤلفه که

مورد تایید خبرگان نبود، از تحلیل خارج شد. در ادامه با تهیه پرسشنامه اصلی تحقیق و توزیع آن بین اعضای نمونه به تحلیل عاملی اکتشافی و دسته‌بندی متغیرهای استخراج شده توسط مطالعات کتابخانه‌ای و نظر خبرگان پرداخته شد. در ادامه ماتریس چرخش یافته عاملی آورده می‌شود. این ماتریس همبستگی شاخص‌ها و عامل را مشخص می‌کند که بر اساس میزان همبستگی این ارتباط روشن خواهد شد. مشخص شد که ۵ عامل وجود دارد که این شاخص‌ها زیر مجموعه این ۵ عامل قرار گرفته‌اند. با توجه به اینکه شاخص‌ها تا چه اندازه با همدیگر ارتباط دارند در یک عامل مشترک قرار گرفته‌اند. برای دسته‌بندی گویه‌ها در قالب عامل‌های استخراج شده از مقدار بارعاملی هر گویه در جدول ماتریس همبستگی پس از چرخش با روش واریمکس^۱ استفاده شد. بعد از ۸ چرخش مشخص شد که گویه‌ها در قالب ۵ عامل با مقادیر ویژه بالاتر از یک استخراج گردید. نام این ۵ عامل با توجه به ویژگی‌های مشترکی که در زیرمجموعه هر کدام از آن‌ها وجود داشت و همچنین با توجه به تحقیقات پیشین نام‌گذاری گردید.

عامل اول متشکل از ۱۶ گویه با توجه به ماهیت و محتوای این مؤلفه‌ها که شامل تغییر هرم، تغییر سبک زندگی، افزایش بیماری‌های غیرواگیر و حوادث و سوانح، فرهنگ سازی استحقاق دریافت خدمات، محدودیت منابع مالی دولتی، تامین پایدار منابع مالی، بدهی بخش سلامت، توزیع فناوری‌های تشخیصی درمانی، نوآوری‌های تکنولوژیک، فشار نهادهای، بین المللی مرتبط با حوزه سلامت، تهدیدهای منطقه، تصدی گری دولتی، رفع تعارض قانونی ساختارهای موازی، بستر سازی، قانونی مشارکت بخش خصوصی، تمایل به پذیرش تغییرات در کارکنان تخصصی و کارشناسی، انگیزش و روحیه جمعی، تقویت فرهنگ عدم قانون گریزی، بی نظمی و بی برنامه‌گی بود و به عنوان عامل «عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژی و بین المللی» نامگذاری گردید. این عامل با مقدار ۱۷/۵۱ درصد بیشترین سهم تبیین تغییرات را برعهده داشت.

عامل دوم متشکل از ۱۵ گویه با توجه به ماهیت و محتوای این مؤلفه‌ها که شامل تقویت خودکنترلی و اخلاق گرایی، توانمندسازی کارکنان، مهارت‌های مدیریتی، به کارگیری مدیران حرفه‌ای و تخصصی، جلب حمایت و همکاری سازمانی، رعایت الزامات خط مشی گذاری، تنقیح خط مشی‌های گذشته، مشارکت ذینفعان و مجریان، خدمات محوری و توجه به پیشگیری، تعاملات بین بخشی و سازمانی، مدیریت خطا، پیوست اخلاقی و فرهنگی، کنترل تعارض منافع، مدیریت منابع انسانی و مالی، اجرای غیرسیاسی، تجربه، مهارت و تعهد کافی مجریان بود و به عنوان عامل «شرایط بین المللی، حقوقی قانونی، روابط انسانی» نامگذاری گردید و توانایی تبیین ۱۶/۳۴ درصد از واریانس را دارد.

عامل سوم متشکل از ۱۲ گویه با توجه به ماهیت و محتوای این مؤلفه‌ها که شامل ارتقا نظام ارزیابی عملکرد، ارتقا ابزارهای برخورد با متخلفین، ارتقا نظام رسیدگی به شکایات، گستردگی تولی گری سلامت، یکپارچه سازی شبکه اطلاعاتی، زیرساخت‌ها و پیش نیازها، افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان خط مشی، عدم سیاست زدگی در تدوین و حمایت مرحله اجرا از جانب دولت، وجود خط مشی و سیاست‌های جامع در نظام سلامت، در نظر گرفتن مبانی علمی در سیاستگذاری، هدفگذاری دقیق واقعی، گروه‌های ذی نفوذ، غلبه نگاه ملی بر بخش‌نگری، امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت کشور بود و به عنوان عامل «مدیریت و رهبری، تنظیم محتوای خط مشی، مجریان و نظارت» نامگذاری شد و درصد تبیین این عامل ۱۴/۰۱ درصد بود.

عامل چهارم متشکل از ۷ گویه با توجه به ماهیت و محتوای این مؤلفه‌ها که شامل شرایط اقتصادی، تخصیص بهینه منابع و امکانات، ضمانت‌های مالی و اعتباری و تامین سرمایه، استفاده از تکنولوژی و فناوری‌های پیشرفته، آگاهی عامه مردم از خط مشی‌های تدوین شده (مصاحبه)، توجه به حقوق جامعه هدف، آگاهی از رسالت‌های خط مشی‌های نظام، سلامت از سوی جامعه، استفاده از ابزارهای اجرای مناسب برای اجرا (داوطلبانه، اجباری) بود و به عنوان عامل «ساختار سازمانی، کیفیت خط مشی و محیط» نامگذاری شد و درصد تبیین این عامل ۸/۵۵ درصد بود.

عامل پنجم متشکل از ۴ گویه با توجه به ماهیت و محتوای این مؤلفه‌ها که شامل زمان بندی مناسب و معقول برای اجرا، تعیین شاخص‌های ارزیابی در مرحله اجرای سیاست‌ها، عدم تغییرات متناوب برنامه‌ها و روش‌های اجرا، تدوین راهبردها (دستورالعمل

¹ Varimax

های صحیح) برای اجرای خط مشی بود به عنوان عامل «تخصیص منابع، اطلاع رسانی، سبک و شیوه اجرا» نامگذاری گردید و درصد تبیین این عامل ۸/۱۵ درصد بود.

بنابراین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت، تولید بخش سلامت را برعهده دارد. تولید در خط مشی گذاری (تعیین خط مشی و جهت گیری کلان نظام سلامت)، تجلی می یابد. در این مطالعه تلاش شده است خط مشی گذاری های مبتنی بر نظام سلامت به عنوان رویکردی که کمک می کند تصمیم گیری آگاهانه در مورد خط مشی ها، برنامه ها و پروژه ها (با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود از تحقیقات در قلب توسعه و اجرای خط مشی) اتخاذ شود، تحلیل و بررسی شده و نحوه بکارگیری این رویکرد در خط مشی گذاری سلامت کشور مدنظر قرار داده شود. در نقش حیاتی نظام سلامت در تصمیم گیری ها نمی توان مناقشه کرد؛ از خط مشی های نظام سلامت گرفته تا هوش معنوی مدیران. با این وجود، در خط مشی گذاری ها و تصمیم گیری ها همیشه از قوانین و مقررات خط مشی های نظام سلامت استفاده نمی شود. در تدوین خط مشی ها، عوامل زیادی می توانند موجب بی اعتنایی به اطلاعات و تحلیل آنها شده و نتایج فاجعه باری در اجرای طرح ها و برنامه ها بیآورند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت، تولید بخش سلامت را برعهده دارد. تولید در خط مشی گذاری (تعیین خط مشی و جهت گیری کلان نظام سلامت)، تجلی می یابد. در این مطالعه تلاش شده است خط مشی گذاری های مبتنی بر نظام سلامت به عنوان رویکردی که کمک می کند تصمیم گیری آگاهانه در مورد خط مشی ها، برنامه ها و پروژه ها (با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود از تحقیقات در قلب توسعه و اجرای خط مشی)، اتخاذ شود و بررسی شود و نحوه بکارگیری این رویکرد در خط مشی گذاری سلامت کشور مدنظر قرار داده شود. با این وجود، در خط مشی گذاری ها و تصمیم گیری ها همیشه از قوانین و مقررات خط مشی های نظام سلامت استفاده نمی شود. در تدوین خط مشی ها، عوامل زیادی می توانند موجب بی اعتنایی به اطلاعات و تحلیل آنها شده و نتایج فاجعه باری در اجرای طرح ها و برنامه ها بیآورند. هدف این مطالعه تعریف نظام سلامت، تمایز بین آنها و روشن ساختن این مساله است که چگونه می توان خط مشی های نظام سلامت را با هوش معنوی مدیران تلفیق کرد. انجام مصاحبه با خط مشی گذاران عالی سلامت، کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، روسا و مدیران ارشد مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت بهداشت منجر به طراحی مدلی برای نهادی سازی استفاده از نظام سلامت در خط مشی گذاری گردید. یافته های حاصل از این پژوهش به خط مشی گذاران این حوزه کمک می کند روندی را که می توان بر طبق آن خط مشی هایی تولید کرد که مبتنی بر بهترین و معتبرترین خط مشی های نظام سلامت باشد، شناسایی کنند و در تدوین خط مشی ها، پایش و اجرای خط مشی ها و ارزشیابی خط مشی ها مورد استفاده قرار دهند و با ارائه مدل نحوه استفاده از هوش معنوی مدیران در اجرای خط مشی های نظام سلامت نمایان گردد.

در این راستا پیشنهادات ذیل ارائه گردید:

- اشاعه و تقویت فرهنگ سلامت و ایجاد بستر مناسب برای بروز خلاقیتها و نوآوری مدیران و بهره گیری از استعدادها و توانایی های آنان

- شناسایی فرصت های مناسب خط مشی های نظام سلامت توسط سیاست گذاران جهت خلق ارزش، غلبه بر مسائل ناشی از نابسامانی های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و افزایش ارزش برای بیماران و آسیب دیدگان و همچنین ثبت انحصاری آن فرصت به عنوان یک آورده ای دارای ارزش مالکیت معنوی توسط سازمان های دولتی و خصوصی

- تدوین سیاستها و حمایت های مالی از نظام سلامت (از طریق بانک های تجاری در قالب تسهیلات و پس انداز، خط های اعتباری، شرکت های تأمین مالی تجاری، فرشتگان کسب و کار، شرکت های مخاطره پذیر) در جهت توسعه ی خط مشی های نظام سلامت

- مدیریت صحیح منابع انسانی از طریق شناسایی، انتخاب، استخدام، تربیت و پرورش نیروهای انسانی به منظور کمک به عملکرد بهتر در سازمان ها و نیل به اهداف نظام سلامت توسط دولت

- مشاوره و فراهم ساختن امکانات و زمینه‌ی لازم مدیران و برخورداری نظام سلامت از هوش معنوی مدیران در زمینه‌های گوناگون به عنوان راهبرد اصلی در حمایت و پشتیبانی از فرآیندهای خط مشی‌های نظام سلامت

- ارائه‌ی طرح‌هایی برای غلبه بر مسائل مالی و مدیریت در جهت حفظ بلوغ و تثبیت و استفاده از مکانیزم بازخورد برای بهبود درآمد و کیفیت، ایجاد ثبات در خط مشی‌های نظام سلامت و مقابله با رویدادهای مقابله با خط مشی‌های نظام سلامت

- سیاست‌ها و حمایت‌های دولتی در جهت فرهنگ‌سازی و ترویج خط مشی‌های نظام سلامت، اطلاعات ساختاری و نهادسازی، کاهش محدودیت‌های قوانین و مقررات نظام سلامت، افزایش دسترسی مدیران به منابع

- توسعه و بهبود زیرساخت‌های اساسی توسط سازمان‌های نهادهای دولتی در جهت افزایش حس خلق و تعامل اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، امنیت و بهره‌وری، ایجاد فرصت‌های عادلانه‌ی اشتغال، رفاه و درآمد، حفظ ارزش‌های اجتماعی و کیفیت خدمات در جهت رسیدن به خط مشی‌های نظام سلامت مبتنی بر هوش معنوی مدیران.

۵- منابع

1. Alvani SM. Decision-making and Definition of Government Policy. Tehran: Samt; 2009. [Persian]
2. Amiresmaili M, Khosravi S, Yazdi Feyzabadi V. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman. Iran Int J Prev. 2014;10: 1314-1323. [Persian]
3. Aras R. Social marketing in healthcare. Australas Med J. 2011; 4:418-24.
4. Barrett S, Fudge C. Policy and Action: Essays on the Implementation of Public Policy. London: Methuen; 1981.
5. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014;129 Suppl:19-31.
6. Daneshfard K. Public Policy Process. Saffar; 2010. [Persian]
7. Dehnavieh R, Khosravi S, Mehrolhassani MH, Haghdoost A, Amini S. Future Trends of the Primary Healthcare System in Iran: A Qualitative Study. Int J Prev Med. 2019; 10:158. [Persian]
8. Ebrahimi A, Danaei fard H, Azar A, forouzande L. Developing an Evidence-Based Policy Model for Iranian Public Health System (qualitative research). Public Management Researches, 2014; 7(24): 5-24. [Persian]
9. Gorjipour H, khashei V, Eslambolchi A, Asghari Sarem A. Developing the Evaluative Model for Cultural Policy Making Process based on Qualitative Study of Cultural Documents of Islamic Republic of Iran. Journal of Public Administration.. 2019;11(1): 47-72. [Persian]
10. Habibi A. SPSS application training. Noshahr: Pars Modir; 2017: 32. [Persian]
11. Kherallah M, Alahfez T, Sahloul Z, Eddin KD, Jamil G. Health care in Syria before and during the crisis. Avicenna J Med. 2012 Jul;2(3):51-3.
12. Kumar BA P, Syed Sadat A. Telemedicine in Primary Health Care: The Road Ahead. Int J Prev Med. 2013;4(3):377-8.
13. Lopez-Casasnovas G, Soley-Bori M. The socioeconomic determinants of health: economic growth and health in the OECD countries during the last three decades. Int J Environ Res Public Health. 2014 Jan;11(1):815-29.
14. Manojlovich M, Adler-Milstein J, Harrod M, Sales A, Hofer TP, Saint S, et al. The Effect of Health Information Technology on Health Care Provider Communication: A Mixed-Method Protocol. JMIR Res Protoc. 2015 Jun;4(2): 72.
15. Mehregan N, Rashid K, Ghasemifar S, Sohrabivafa H. Investigating the economic factors and policies affecting psychological health. J Econ Policy. 2016;8(15):117-36. [Persian]

16. Mehrtak M, Vatankhah S, Delgoshaei B, Gholipour A. Succession planning in the Iranian health system: a case study of the Ministry of Health and Medical Education. *Glob J Health Sci.* 2014 May;6(5):174–82. [Persian]
17. Mohagheghi MA, Alimohammadzadeh K, Sadr SS, Hosseinpour F, Khakian M, Akhlaghdooost M. Induced demand in the Iranian health system: A review study. *Iran J Cult Health Promot.* 2022; 5(4):554-66. [Persian]
18. Mohammadi M, Mardani MR, Tootian S, Sadeh E. [Presenting a Health System Policy Model Based on “the Second Phase of the Revolution” Statement Persian. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 16(12):980-993. [Persian]
19. Mosadeghrad AM, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A Delphi Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2020; 17:317-336. [Persian]
20. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019; 26:10-28. [Persian]
21. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Heal policy Manag.* 2014 Jul;3(2):77–89.
22. Nekouie Moghadam M, Amiresmaieli M, Hassibi M, Doostan F, Khosravi S. Toward a Better Nutritional Aiding in Disasters: Relying on Lessons Learned during the Bam Earthquake. *Prehosp Disaster Med.* 2017 Aug;32(4):382–6. [Persian]
23. Rahimi H, Kalantari A, Rafiee N, Khosravi S. Social Trends Affecting the Future of Iran's Health System: A Qualitative Study Using Focus Group Discussion. *Int J Prev Med.* 2019 Jul 5; 10:115. [Persian]
24. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health.* 2011 Aug;65(8):656–60.
25. Sheikhy-Chaman M. [The cycle of policy making, management and economics of health system . *Manage Strat Health Syst.* 2020; 5(3):169-72. [Persian]
26. World Health Organization. *The World health report, 2000, Health systems: Improving performance.* Paris, France: WHO; 2000: 1.
27. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhassani M, Emami M, Khosravi S. A Review of Approaches to Conceptualize Health and its Determinants: From Biomedical Approach to One Health Initiative. *irje* 2018; 13 :145-154. [Persian]
28. Yazdi-Feyzabadi V, Emami M, Mehrolhassani MH. Health Information System in Primary Health Care: The Challenges and Barriers from Local Providers' Perspective of an Area in Iran. *Int J Prev Med.* 2015; 6:57. [Persian]

Identifying the dimensions and components affecting policymaking in the health system Identifying the dimensions and components affecting policymaking in the health system

Abstract

Health system policy-making is one of the important issues of concern to policymakers and health managers. This study was conducted with the aim of identifying the factors affecting policy-making in the Iranian health system. The present study is an applied and qualitative study. After reviewing the theoretical foundations and previous research, and using the exploratory factor analysis method, the factors affecting health system policy-making were identified and categorized. Then, using the fuzzy Delphi method and seeking opinions from academic and executive experts who were selected on a purposeful basis, the most important of these factors were extracted. Excel and Spss version 22 software were used to analyze the data. After holding two Delphi sessions, a final agreement was reached on the components, and the most important dimensions and components affecting policy-making in the Iranian health system were identified in 5 dimensions and 54 components, including "social, cultural, economic, technological, and international factors," "international, legal, and human relations," "management and leadership, policy content regulation, implementers, and supervision," "organizational structure, policy quality, and environment," and "resource allocation, information dissemination, style, and method of implementation." Social, cultural, economic, technological, and international factors accounted for the largest share of explaining changes, accounting for 17.51 percent.

Keywords: Policy-making, health system, health policy-making.