



## **Validation of the Public Policy Model in the Health Sector Using the Structural Equations Approach**

**Seyed Hasan Mousavi<sup>1</sup>, Serajeddin Mohebi\*<sup>2</sup>, Hasan Soltani<sup>2</sup>, Soheila Jokar<sup>3</sup>**

1- Department of Management, Qe.C., Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

2-Department of Management, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3-Department of Mathematics and Statistics, Qe.C. , Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

---

### **Abstract**

Today, health is widely considered as a basic need for the development of societies. Therefore, it is essential to determine valid criteria for measuring the effectiveness of programs by system analysts. The present study was conducted with the aim of designing and validating the public policy model in the health sector (case study: Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences). The qualitative part of this study was conducted using a data-based approach and interviews with experts and specialists of the University of Medical Sciences, and the design of the research theme pattern was based on the content analysis method. The statistical population of the study in the quantitative part is all administrative and human resources experts and senior managers of Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences. The research data collection tool is a researcher-made questionnaire. Also, the structural equations approach with PLS software was used to validate the research model. The results of the quantitative part of the study showed a relatively strong fit of the structural model (0.060) and a strong predictive power of the research model. The proposed model is presented below and was observed to have good validity using the structural equation approach.

**Keywords:** Validation, Public Policy, Health, Structural Equations

---

### **Citation:**

Mousavi,S. H. , Mohebi,S. , Soltani,H. and Jokar,S. (2025). Validation of the Public Policy Model in the Health Sector Using the Structural Equations Approach. *Journal of Intelligent Marketing Management*, 7(1), 336-351.



## اعتبار سنجی مدل خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با استفاده از رویکرد معادلات ساختاری

سید حسن موسوی<sup>۱</sup>، سراج الدین محبی\*<sup>۲</sup>، حسن سلطانی<sup>۲</sup>، سهیلا جوکار<sup>۳</sup>

۱- گروه مدیریت، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.

۲- گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳- گروه ریاضی و آمار، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.

### چکیده

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 الزامی است. تحقیق حاضر با هدف طراحی و اعتبار سنجی مدل خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت (مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری) انجام شده است. اجرای بخش کیفی این پژوهش با بهره‌گیری از رویکرد داده‌بنیاد و مصاحبه با خبرگان و متخصصین دانشگاه علوم پزشکی صورت پذیرفته و طراحی الگوی مضامین پژوهش مبتنی بر روش تحلیل مضمون است. جامعه آماری پژوهش در بخش کمی کلیه کارشناسان اداری و منابع انسانی و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری می‌باشند. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد. همچنین برای اعتباریابی مدل تحقیق از رویکرد معادلات ساختاری با نرم افزار PLS استفاده شده است. نتایج بخش کمی پژوهش نشان دهنده برآزش نسبتاً قوی مدل ساختاری (۰,۰۶۰) و قدرت پیش‌بینی قوی مدل تحقیق بود. مدل پیشنهادی در ادامه ارائه و با استفاده از رویکرد معادلات ساختاری مشاهده شد که از اعتبار مناسبی برخوردار است.

**کلیدواژه‌ها:** اعتبار سنجی، خط‌مشی‌گذاری عمومی، سلامت، معادلات ساختاری

### استناد:

موسوی، سید حسن و محبی، سراج الدین و سلطانی، حسن و جوکار، سهیلا. (۱۴۰۴). اعتبار سنجی مدل خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با استفاده از رویکرد معادلات ساختاری. مدیریت بازاریابی هوشمند، ۷(۱)، ۳۳۶-۳۵۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

<https://doi.org/JABM.3.2.15564.3515415128>

نشریه مدیریت بازاریابی هوشمند، ۱۴۰۵، دوره ۷، شماره ۱، پیاپی ۳۱

ناشر: نشریه مدیریت بازاریابی هوشمند

نوع مقاله: علمی پژوهشی

© نویسندگان



## مقدمه

نظام‌های سلامت نقش مهمی در بهبود و افزایش امید به زندگی داشته‌اند. با وجود این، شکاف بزرگی بین توان بالقوه نظام‌های سلامت و عملکرد کنونی آن وجود دارد که بسیاری از آنها به مسایل مربوط به حکمرانی برمی‌گردد. در حالی که کشورها تلاش می‌کنند تا نظام‌های سلامت خود را در زمینه‌های مختلف تقویت کنند، سیاست‌گذاران باید بدانند که چگونه می‌توانند به بهترین وجه عملکرد نظام‌های سلامت را بهبود بخشند. برای کمک به این تصمیمات، مباحثان نظام سلامت باید درک خوبی از نحوه عملکرد نظام‌های سلامت برای حکمرانی مناسب بر روی آنها داشته باشند. درحالی‌که تعدادی از چارچوب‌ها برای ارزیابی حکمرانی در بخش سلامت پیشنهاد شده است، کاربرد آنها غالباً به دلیل شاخص‌های غیرواقعی محدود شده یا بسیار پیچیده هستند.

حوزه سلامت یکی از خرده نظام‌های مهم در قلمرو موضوعی نظام خط‌مشی‌گذاری ملی است. یکی از دلایل اهمیت این خرده نظام در تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر سایر خرده نظام‌ها و فراهم آوردن جامعه‌ای سالم و در نتیجه نیروی کار سالم برای ادامه حیات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی کشور است. وجود تعارض در مجموعه خط‌مشی‌های نظام سلامت در ابتدا موجب تداخل امور در اجرا و سردرگمی مخاطبان خط‌مشی‌ها شده و در نهایت، می‌تواند موجبات تهدید سلامت جسم و روان شهروندان یک کشور را فراهم آورد که در درازمدت اثرهای جبران‌شدنی‌ای بر جای خواهد گذاشت. ضرورت و اهمیت پرداختن به مسئله تعارض خط‌مشی‌های سلامت آن است که هماهنگی و سازگاری بین خط‌مشی‌های سلامت با سایر خط‌مشی‌ها، موجب هم‌افزایی و افزایش بهره‌وری ملی و از سویی دیگر وجود تعارض در بین این خط‌مشی‌ها مانعی برای روانی امور کشور و در نهایت، نارضایتی جامعه خواهد شد. تعارض و اختلاف به طور لزوم برای جوامع مضر نیستند، زیرا می‌توانند به راه‌حل‌های نوآورانه برای مشکلات منجر شوند، اما وقتی به افراط و تفریط گرفته شوند، می‌توانند عواقب منفی به دنبال داشته باشند. واقعیت این است که وقتی باید بین اهداف سیاستی رقیب انتخاب کرد، عرصه‌ای برای اختلاف ایجاد می‌شود (ولچ، ۲۰۱۴). به بیان سوارا (۱۹۹۰)، تعارضات خط‌مشی به دلیل مشکلات حل‌نشده، کمبود منابع و تنش‌های ایجادشده در ارائه خدمات، اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین، باید اهمیت نسبی انواع مختلف خط‌مشی‌ها را دانست (باکی‌هاشمی و همکاران، ۱۴۰۰). در این تحقیق به طراحی و اعتبار سنجی الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تأکید بر مولفه‌های فرهنگی (مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری) پرداخته می‌شود.

## مبانی نظری تحقیق

### خط‌مشی‌گذاری عمومی

به طور کلی خط‌مشی عبارت است از خط سیر و راهی که انسان در پیش رو دارد (الوانی، ۱۳۹۵). اولین واژه‌ای که از «پالیسی» به ذهن می‌رسد «پالیسیس» به معنای سیاست است (شریف زاده و معدنی، ۱۳۹۴) و یا هر نوع طرح و برنامه و راهکار اتخاذ شده از سوی حکومت، حزب سیاسی، سازمان تجاری یا تولیدی و از این قبیل که به‌نحوی در تصمیم‌سازی و اجرای آن تأثیر دارد، به اصطلاح سیاست یا خط‌مشی نامیده می‌شود (کاظمی، ۱۳۸۵).

خط‌مشی عمومی دربرگیرنده اجزایی است که اصطلاحاً هدف، محتوا و اثر نامیده می‌شود. هدف به مقصدی گفته می‌شود که خط‌مشی عمومی برای نیل به آن شکل گرفته است. محتوا به بخشی از خط‌مشی اطلاق می‌شود که از انتخاب گزینه مطلوب به دست می‌آید و اثر خط‌مشی نیز به تغییراتی که به سبب اجرای خط‌مشی حادث می‌شود دلالت دارد (الوانی و شریف زاده، ۱۳۹۱). فرایند خط‌مشی‌گذاری با ملاحظه حوزه خط‌مشی‌گذاری عمومی به منزله یک محیط پویا و در حال تغییر، طبیعت فرایند‌گرای آن تصدیق می‌شود. تمرکز بر فرایندی بودن، استمرار و در جریان بودن دائمی خط‌مشی را نشان می‌دهد. به‌طور کلی خط‌مشی‌گذاری در فرایند سه

مرحل‌های تدوین، اجرا و ارزیابی تحقق می‌یابد. برخی صاحب‌نظران با تفصیل بیشتر این فرایند را در شش مرحله شناخت و درک مسأله، ارجاع و طرح مسأله در سازمان‌های عمومی، تهیه و تدوین خط‌مشی، قانونی کردن و مشروعی تبخشی به خط‌مشی‌گذاری، ابلاغ و اجرای خط‌مشی و ارزیابی و کسب بازخورد از عملکرد خط‌مشی تعریف کرده‌اند (الوانی و شریف زاده، ۱۳۸۰). با مفروضات فوق می‌توان گفت که فرایند خط‌مشی‌گذاری، مجموعه به هم وابسته‌ای از فعالیت‌ها و اقداماتی است که با شناسایی مسائل عمومی، ایده‌ها و اولویت‌های دولت را در حالت‌های مختلف برای افراد یا مراجع تصمیم‌گیرنده تعیین می‌کند و بدین وسیله آنها تعیین می‌کند که کدام گزینه و چه وقت باید به یک اقدام عملی تبدیل شود. این فرایند پیچیده حاصل چهار گروه متغیر است که عبارت‌اند از: حوادث و رویدادهای عمومی، بازیگران از جمله بازیگران رسمی (قوای سه‌گانه)، احزاب و گروه‌های ذینفع، مجریان خط‌مشی‌ها (دانشفرد، ۱۳۹۲).

### پیشینه تحقیق

باکی هاشمی (۱۴۰۴) پژوهشی با عنوان «شناسایی و رتبه‌بندی شایستگی‌های خط‌مشی‌گذاران نظام سلامت ایران. مدیریت سازمان‌های دولتی» انجام داد. هدف پژوهش مذکور شناسایی و رتبه‌بندی شایستگی‌های مورد نیاز برای خط‌مشی‌گذاران نظام سلامت ایران است. ابزار پژوهش مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود که جامعه آماری پژوهش شامل اعضای هیئت علمی رشته مدیریت و همچنین مدیران ارشد وزارت بهداشت و پژوهشگران این حوزه بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پژوهش در مصاحبه ۱۶ به نقطه اشباع نظری رسید. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون و نرم افزار مکس کیودا و به منظور رتبه‌بندی مضامین از ابزار ماتریس ارزیابی استفاده شد. یافته‌های بخش کیفی شامل ۳۲۸ مفهوم اولیه، ۳۸ مضمون فرعی و ۵ مضمون اصلی بود که به ترتیب شایستگی‌های سیاست‌شناسی، توانایی تحلیل‌گری، دیده‌بانی محیطی، مهارت‌های استراتژیک و ویژگی‌های شخصی رتبه‌بندی شد.

اسماعیلی و همکاران (۱۴۰۳) تحقیقی با عنوان «شناسایی و اولویت بندی ابعاد اخلاقی خط‌مشی‌گذاری سلامت نظام اداری با تاکید بر مدیریت تعارض منافع» انجام دادند. مشارکت کنندگان، مدیران دانشگاه-های علوم پزشکی استان مازندران بودند، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی و با در نظر گرفتن قانون اشباع تعداد با ۱۰ نفر مصاحبه صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود، به منظور تحلیل داده‌ها از کدگذاری باز استفاده شد، در بخش کمی از روش توصیفی از نوع پیمایشی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون-تحلیل عاملی اکتشافی در نرم افزار آماری SPSS استفاده شده است. نتایج نشان داد که ابعاد اخلاقی خط-مشی-گذاری سلامت نظام اداری با تاکید بر مدیریت تعارض منافع دارای ۲ بعد ساختارهای اخلاق مداری «ارزش‌های اخلاقی، منابع انسانی اخلاق مداری و ساختار مناسب» و راهبردهای اخلاق مداری «تصمیم‌گیری اخلاقی، چشم‌انداز استراتژیک، فرهنگ سازی و آموزش اصول اخلاقی» می‌باشد.

جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، پژوهشی با عنوان «تبیین الگوی سلامت سازمانی در کارکنان آموزش و پرورش استان فارس»، انجام دادند. این پژوهش با هدف ارایه الگوی سلامت سازمانی در کارکنان آموزش و پرورش استان فارس انجام شده است. پژوهش حاضر کیفی بوده و داده‌بنیاد می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را صاحب‌نظران و مدیران سازمان آموزش و پرورش استان فارس تشکیل می‌دهند. در این راستا، به طور هدفمند با مصاحبه عمیق با ۱۴ نفر، اشباع نظری در داده‌ها حاصل گردید. یافته‌ها نشان داد که الگوی سلامت سازمانی کارکنان آموزش و پرورش استان فارس و مولفه‌های آن در قالب شش پارادایم پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط علی، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تدوین می‌شود. در این الگو، روابط بین اجزا نشان می‌دهد که الگوی سلامت سازمانی در طی فرایندی کنش/تعاملی در بین اجزا انجام می‌پذیرد.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹)، پژوهشی با عنوان «تحلیل خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع (مطالعه موردی طرح تحول نظام سلامت)»، انجام دادند. برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان از روش گلوله برفی و در مقام تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه، روش تحلیل تم استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۲ نفر از کارشناسان و خبرگان نظام سلامت، نشان‌دهنده توانایی چارچوب ائتلاف مدافع در توضیح فرآیند تغییر خط‌مشی نظام سلامت بوده و بر این اساس، می‌توان چهار مرحله در شکل‌گیری طرح تحول را به صورت زیر تبیین کرد: ۱. اتفاق نظر و اجماع ملی؛ ۲. تغییر ائتلاف حاکم ۳. پیدایش گروه‌های مخالف؛ ۴. انتخاب راهبرد مواجهه و تحقق خط‌مشی. همچنین، بر اساس این چارچوب ۵ طبقه بازیگران و ائتلاف‌ها، باورها و مسائل، شرایط و رویدادهای بیرونی و درونی، تغییر و یادگیری مذاکره‌ای، منابع و محدودیت‌ها شناسایی شد.

بنیامین و آرتورو (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «نقش دولت در سیاست بهداشت عمومی» بیان می‌کنند از نظر تاریخی، دولت شاید مهمترین بازیگر در سلامت عمومی باشد. در حالی که نقش آن در طول زمان تغییر کرده است، دولت (و دولت به عنوان قوه مجریه آن) همچنان یکی از بازیگران کلیدی در ارتقاء و تامین سلامت عمومی است. دوره پس از جنگ جهانی دوم را می‌توان به چهار مرحله تقسیم کرد - (۱) دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰. (۲) دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰؛ (۳) دهه ۱۹۹۰ تا اواسط دهه ۲۰۱۰. (۴) از آن زمان تا به امروز - که مصادف با تثبیت دولت به عنوان یک بازیگر سلامت، چالش‌ها و فرصت‌های ایجاد شده برای دولت توسط فرآیند جهانی شدن و کاهش اخیر آن است. در طول این دوره‌ها، عملکرد دولت به طرق متعددی تکامل یافته است. اولاً، دیدگاه‌ها در مورد مسئولیت دولت برای تضمین سلامت عمومی به شدت مورد مناقشه بوده و هستند. دوم، روش‌های مداخله دولت‌ها در سلامت عمومی و ابزارهای سیاستی در اختیارشان تغییر کرده است. سوم، روند اتخاذ سیاست‌های بهداشت عمومی، تعداد و نوع بازیگران درگیر در این امر و عرصه‌هایی که در آن تصمیم‌گیری‌های سیاستی اتخاذ می‌شود به طور قابل توجهی گسترش یافته است. در این زمینه سیاستی پیچیده‌تر و نامتمرکز، دولت‌ها در حال توسعه رویکردهای جدید برای حاکمیت بهداشت عمومی و اتخاذ استراتژی‌های جدید برای بهبود سیاست‌گذاری سلامت عمومی هستند. این فصل تکامل دولت در طول زمان و اثرات آن بر سلامت عمومی را ترسیم می‌کند.

کانگ چائو و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان «سیاست‌گذاری سلامت عمومی مبتنی بر داده‌های بزرگ: پتانسیل برای صنعت مراقبت‌های بهداشتی» بیان می‌کنند پیش‌بینی می‌شود که استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌های مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در تدوین سیاست‌های سلامت عمومی آینده داشته باشد. این مطالعه بررسی می‌کند که چگونه تجزیه و تحلیل داده‌های بزرگ (BDA) ممکن است به طور روشمند در مراحل مختلف چرخه سیاست سلامت برای تصمیم‌گیری سیاست سلامت مبتنی بر واقعیت و دقیق گنجانده شود.

### روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت توصیفی و از نظر روش آمیخته از نوع اکتشافی متوالی است. این مطالعه از نوع پژوهش‌های آمیخته (کیفی-کمی) است. در این تحقیق از طریق بررسی ادبیات و مصاحبه اکتشافی نسبت به شناسایی مولفه‌ها و مقوله‌های الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری از روش برخاسته از داده‌ها و به شیوه تحلیل محتوا (کدگذاری واحد تحلیل، مقوله‌ها و واحد ثبت) مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. و از طریق آزمون معادلات ساختاری به ارزیابی مدل می‌پردازد. جامعه آماری در بخش کیفی شامل اساتید، و متخصصان خط‌مشی‌گذاری در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری هستند که در زمینه خط‌مشی‌گذاری و تبیین سیاست‌های نظام سلامت اطلاعات

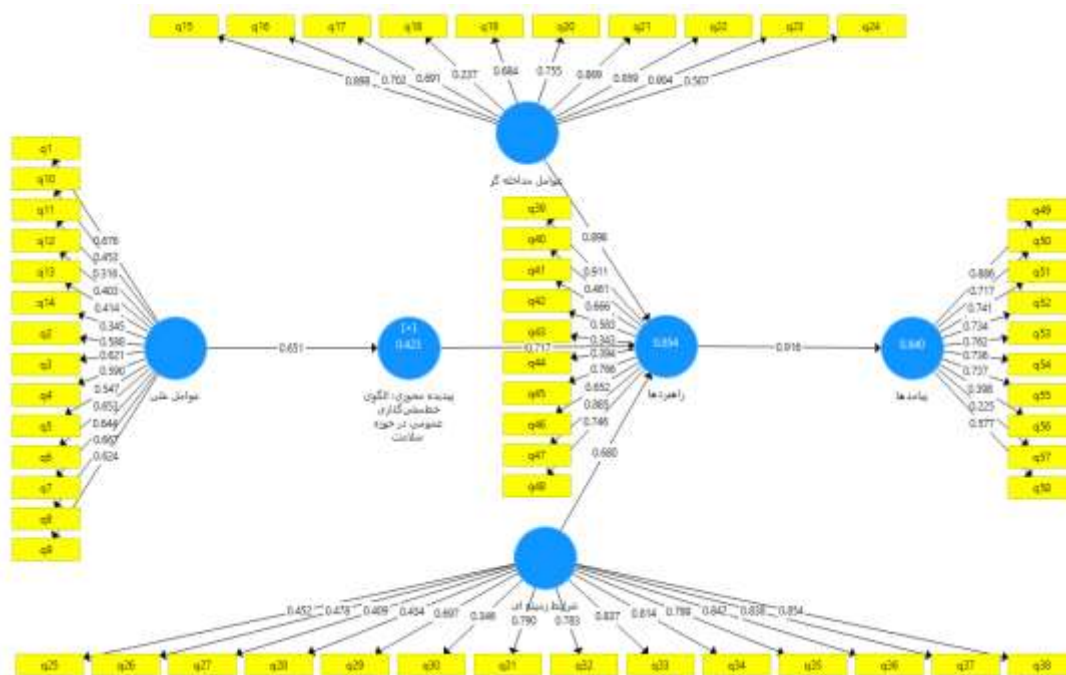
لازم داشته‌اند که مورد شناسایی قرار گرفته و در بخش کیفی از نظراتشان استفاده شد. جامعه آماری در بخش کمی شامل کلیه کارشناسان اداری و منابع انسانی و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۱۸۶ نفر هستند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد.

### نتایج بخش کمی (اعتباریابی مدل)

در این بخش مدل استخراج شده از بخش کیفی و مبتنی بر یافته‌های بدست آمده در مرحله قبلی مورد بررسی و اعتباریابی قرار می‌گیرد. برای این امر از مدل معادلات ساختاری با ریکرد حداقل مربعات جزئی و به کمک نرم افزار SMART PLS استفاده می‌شود. ابتدا مدل پژوهش در نرم‌افزار SMART PLS اجرا گردید تا بتوان در قالب قوانین آمار استنباطی به کشف الگوها در نمونه و تعمیم آن به جامعه پردازیم. الگوهای کشف شده در نمونه پژوهش حاضر در قالب بیرونی (اندازه‌گیری) درونی (ساختاری) ارائه می‌شود. البته با توجه به ماهیت کوواریانس محور تنها یک مدل در نرم‌افزار اجرا می‌شود و محقق باید یکبار روابط بین سؤالات و متغیرهای مکنون را در قالب مدل درونی به سنجش بگذارد. بنابراین به آزمون مدل بیرونی و وظیفه این مدل که بررسی پایایی و روایی سازه است می‌پردازیم و یکبار نیز به آزمون فرضیه‌ها در قالب مدل درونی برآمده از ادبیات پژوهش می‌پردازیم.

### آزمون مدل بیرونی

در مدل بیرونی رابطه بین متغیرهای مکنون و آشکار بررسی می‌شود. به رابطه بین متغیرهای مکنون و آشکار در حالت استاندارد، بار عاملی گفته می‌شود. اکنون مدل را در دو حالت تخمین ضریب استاندارد و نیز معناداری ضرایب به صورت شکل (۱) مشاهده می‌شود.



شکل ۱: تصویر اولیه مدل بیرونی در حالت تخمین ضرایب استاندارد

### آزمون‌های مدل بیرونی (بررسی روایی و پایایی سازه‌های پژوهش)

پس از اینکه مدل را در حالت تخمین ضرایب استاندارد و معناداری ضرایب گزارش نمودیم اکنون به وظیفه اصلی این مدل یعنی بررسی روایی و پایایی سازه می‌پردازیم.

#### آزمون همگن بودن

در سال ۲۰۰۵ براین، برای پرسشنامه‌های انعکاسی که دارای سؤالات همبسته و نزدیک به هم بودند آزمونی ارائه نمود که تأیید می‌کرد سؤالات انعکاسی یک متغیر همگن به همجنس هستند یعنی کلیه سؤالات حول یک محور می‌چرخند. اگر این آزمون اجرا نگردد آزمون‌های روایی و پایانی دارای اعتبار نیستند. هیر در سات (۲۰۱۰) در مطالعات خود بیان کرد که این آزمون کلید ورود به آزمون‌های دیگر است، روش کار در این آزمون این است که باید به ضرایب بارهای عاملی که در جدولت outer loading است رجوع کنیم و کلیه این ضرایب باید بزرگتر از ۰/۵ باشد. اما هیر در سات ۲۰۱۰ یک استثنا بیشتر در این باره قرار داده است به صورتی که اگر بار عاملی سؤالات بالای ۰/۴ باشند به صورت موقت پذیرفته می‌شوند و به سراغ آزمون‌های بعدی خواهیم رفت. اگر آزمون‌های بعدی حد مجاز را رعایت کرده باشند این سؤالات در مدل باقی می‌ماند در غیر این صورت مشکل از همین استثنائاتی این است که موقتا آنها را پذیرفته‌ایم. پس از مشاهده بارهای عاملی در مدل مربوط به بارهای عاملی ملاحظه می‌شود که همه سؤالاتها مقادیری بالاتر از ۰/۴ دارند، بنابراین این قسمت پژوهش تأیید شده است.

#### آزمون‌های پایایی مدل

##### آزمون آلفای کرونباخ

معیاری کلاسیک برای سنجش پایایی و سنجش مناسب برای ارزیابی پایداری درونی (سازگاری درونی) محسوب می‌شود. در مورد پایایی درونی باید گفت که یکی از مواردی که برای سنجش پایایی در روش مدلسازی معادلات ساختاری به کار می‌رود، پایایی درونی مدل‌های اندازه‌گیری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ است. آلفای کرونباخ به معنای همبستگی درونی سؤالات یک متغیر در خارج از مدل است. در واقع پایایی درونی نشانگر میزان همبستگی بین یک سازه و شاخص‌های مربوط به آن است که میزان آن بالاتر از ۰/۷ گزارش شده است.

#### جدول ۱: نتایج ضرایب آلفای کرونباخ

شاخص‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
عوامل علی	۰/۹۶۵
پدیده محوری	۰/۹۱۳
عوامل مداخله‌گر	۰/۹۶۰
شرایط زمینه‌ای	۰/۸۲۵
راهبردها	۰/۹۰۴
پیامدها	۰/۸۱۸

کلیه ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۷ است بنابراین پایایی از نقطه نظر این آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### پایایی ترکیبی

از آنجایی که معیار آلفای کرونباخ یک معیار سنتی برای تعیین پایایی سازه‌ها می‌باشد، روش حداقل مربعات جزئی معیار مدرنتری به نام پایایی ترکیبی به کار می‌برد. این معیار توسط ورتس و همکاران (۱۹۷۴) معرفی شد. در صورتی که مقدار آن برای هر سازه بالای ۰/۷۰ (نونالی، ۱۹۷۸) شود، نشان از پایداری درونی مناسب برای مدل‌های اندازه‌گیری دارد. شایان ذکر است که معیار پایایی ترکیبی در مدل‌سازی معادلات ساختاری معیار بهتری از آلفای کرونباخ به شمار می‌رود (وینزی و همکاران، ۲۰۱۰). با عنایت به موارد فوق و با توجه به جدول شماره (۲) مقدار پایایی ترکیبی تمامی متغیرها بیش ۰/۷۰ هستند، برازش مناسب مدل‌های اندازه‌گیری تایید می‌شود.

#### جدول ۲: نتایج پایایی ترکیبی

شاخص‌ها	مقدار پایایی ترکیبی
عوامل علی	۰/۸۳۴
پدیده محوری	۰/۸۸۵
عوامل مداخله‌گر	۰/۹۰۷
شرایط زمینه‌ای	۰/۸۹۶
راهبردها	۰/۸۳۴
پیامدها	۰/۸۷۳

کلیه ضرایب پایایی ترکیبی (CR) بالای ۰/۷ است بنابراین پایایی سؤالات در درون مدل نیز که بیانگر واقعیت تبیین شده است تأیید می‌شود.

#### آزمون rho\_A

آزمون rho\_A در حقیقت همان همبستگی اسپیرمن بین سؤالات یک متغیر است. آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی نیز به همبستگی سؤالات در داخل و خارج از مدل اشاره دارد اما بسیاری از صاحب‌نظران آماری معتقدند که طیف لیکرت ترکیبی است بنابراین نمی‌توان برای آن ضریب همبستگی پیرسون محاسبه نمود. لذا بجای همبستگی پیرسون بین سؤالات، همبستگی اسپیرمن که در حقیقت آزمونی ناپارامتریک است بین سؤالات محاسبه می‌شود. مقدار این آزمون نیز مانند آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی باید بالای ۰/۷ باشد تا جوابی به بعضی از منتقدان و صاحب‌نظران آمار که معتقد هستند. طیف لیکرت یک طیف کمی یا Scale می‌باشد داده شود.

#### جدول ۳: نتایج آزمون rho\_A

شاخص‌ها	ضریب همبستگی اسپیرمن
عوامل علی	۰/۷۸۵
پدیده محوری	۰/۷۳۶
عوامل مداخله‌گر	۰/۸۵۴
شرایط زمینه‌ای	۰/۷۹۶
راهبردها	۰/۸۲۱
پیامدها	۰/۸۰۶

کلیه ضرایب آزمون rho\_A یا همان همبستگی اسپیرمن بین سؤالات بالای ۰/۷ است بنابراین پایایی توسط این آزمون نیز تأیید می‌شود.

### آزمون پایایی اشتراکی

این آزمون تعمیم‌پذیری نتایج را به ما می‌دهد. پایایی اشتراکی آزمونی است که هیچ شباهتی به آزمون‌های قبلی در سنجش پایایی مدل نخواهد داشت زیرا در ۳ آزمون قبلی همواره پایایی بر اساس همبستگی سؤالات ارزیابی می‌شود اما اکنون می‌خواهیم بدانیم اگر یک سؤال به تنهایی و فارغ از همبستگی‌اش با سؤالات دیگر متغیر در نمونه‌ای دیگر تکرار شود آیا همان نتایج را به بار خواهد آورد، یعنی اینکه چقدر می‌تواند نتایج خود را در مدل‌ها و نمونه‌های دیگر تکرار کرد. برای انجام این کار از شاخصی بنام Communalities استفاده می‌شود. به خوبی می‌توان بیان کرد که کیفیت مدل‌های اندازه‌گیری در روش PLS، با استاده از معیار Communalities ارزیابی می‌شود. این معیار نشان می‌دهد که چه مقدار از تغییرپذیری شاخص‌ها (سؤالات) توسط سازه مرتبط با خود تبیین می‌شود که این شاخص‌ها مطابق با نظر هنسلر (۲۰۱۰) بزرگتر از ۰/۵ در نظر گرفته شده است.

### جدول ۴: نتایج پایایی اشتراکی

شاخص‌ها	مقدار پایایی اشتراکی
عوامل علی	۰/۸۸۶
پدیده محوری	۰/۸۲۴
عوامل مداخله‌گر	۰/۸۳۲
شرایط زمینه‌ای	۰/۸۶۲
راهبردها	۰/۸۳۹
پیامدها	۰/۸۱۶

چهار آزمون آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی، rho\_A، آزمون پایایی اشتراکی نشان داد که مدل بیرونی پژوهش دارای پایایی است و اکنون محقق می‌تواند به وظیفه دوم مدل بیرونی یعنی بررسی روایی سازه در قالب روایی هم را و روایی واگرا بپردازد.

آزمون‌های روایی همگرا (روایی سازه)

روایی همگرا دومین معیاری است که برای برازش مدل‌های اندازه‌گیری در روش PLS به کار برده می‌شود. AVE میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود را نشان می‌دهد که هرچه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بیشتر است (داوری و رضازاده، ۱۳۹۳). روایی همگرا اسامی دیگری تحت عنوان روایی تشخیصی، روایی افتراقی و روایی تمایزی دارد و این به معنای تمایز و قابلیت تشخیص شاخص‌های اندازه‌گیری کننده یک متغیر نسبت به شاخص‌های متغیر دیگر است و مقدار ملاک برای سطح قبولی AVE، این است که ضریب روایی هم را بیشتر از ۰/۵ باشد (مگنر و همکاران، ۱۹۹۶).

الف) آزمون میانگین واریانس استخراجی = AVE

## جدول ۵: نتایج آزمون میانگین واریانس استخراجی

شاخص‌ها	میانگین واریانس استخراجی
عوامل علی	۰/۵۶۸
پدیده محوری	۰/۷۸۵
عوامل مداخله‌گر	۰/۶۸۴
شرایط زمینه‌ای	۰/۶۹۶
راهبردها	۰/۶۷۴
پیامدها	۰/۵۸۳

کلیه ضرایب روایی هم را در این قسمت پژوهش بزرگتر از ۰/۵ گزارش شده است. بنابراین روایی پژوهش توسط این آزمون نیز تأیید می‌شود.

## آزمون‌های روایی واگرا

## الف: آزمون بارهای عرضی

این آزمون تا سال ۲۰۱۵ جز مهمترین آزمون تشخیص روایی واگرایی سؤالات یک متغیر از متغیر دیگر بود است. با توجه به نظریه هنسلر میزان بار عرضی کلیه سؤالات باید بالای ۰/۱ باشد، خوشبختانه کلیه سؤالات متغیرها از یکدیگر واگرایی داشتند و مشخص شد که تنها متغیر متناظر خود را می‌سنجد، اما در آزمون بعد که توسط فورنل و لارکر انجام شد ضعف این آزمون سنجیده می‌شود، ضعف این آزمون این است که تنها به واگرایی سؤالات می‌پردازد درحالی که متغیرها هم باید از یکدیگر واگرایی داشته باشند.

## ب: آزمون فورنل و ررکر

معیار مهم دیگری که با روایی واگرا مشخص می‌گردد، میزان رابطه یک سازه با شاخص‌هایش در مقایسه رابطه آن سازه با سایر سازه‌هاست، به طوری که روایی واگرایی قابل قبول یک مدل حاکی از آن است که یک سازه در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارد تا با سازه‌های دیگر روایی واگرا وقتی در سطح قابل قبول است که میزان AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل باشد. در PLS، بررسی این امر به وسیله یک ماتریس صورت می‌پذیرد که خانه‌های این ماتریس حاوی مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه و جذر مقادیر AVE مربوط به هر سازه است (داوری و رضا زاده، ۱۳۹۳).

جدول ۶: نتایج آزمون فورنل و لارکر

شاخص‌ها	عوامل علی	عوامل مداخله‌گر	شرایط زمینه‌ای	راهبردها	پیامدها	پدیده محوری
عوامل علی	0.717					
پدیده محوری	0.049	0.639				
عوامل مداخله‌گر	0.719	0.236	0.725			
شرایط زمینه‌ای	0.064	0.384	0.080	0.818		
راهبردها	0.214	0.136	0.264	0.717	0.735	
پیامدها	0.089	0.067	0.164	0.326	0.435	0.635

پس از اینکه جدول فورنل و لارکر توسط نرم‌افزار ارائه گردید اکنون باید قانون آنها بررسی گردد. فورنل و لارکر ادعا می‌کنند اگر جذر AVE هر متغیر از همبستگی آن متغیر با متغیرهای دیگر بیشتر باشد آزمون فورنل و لارکر تأیید می‌شود. خوشبختانه در پژوهش حاضر کلیه جذرهای AVE متغیرها از همبستگی آن متغیر با متغیرهای دیگر بیشتر هستند بنابراین آزمون فورنل و لارکر واگرایی متغیرها را تأیید می‌کند.

#### ج: آزمون چند روش و چند خصیصه یا (HTMT)

آزمون HTMT در سات ۲۰۱۵ توسط هنسلر برای اینکه تمام ویژگی‌های آزمون بارهای عرضی را داشته باشد ارائه شد. در این روش هر متغیر یک خصیصه و هر سؤال یک روش برای اندازه‌گیری خصیصه است. ماتریسی از خصیصه‌ها و روش‌ها ایجاد و در طی محاسباتی شاخص HTMT به دست می‌آید. این شاخص اگر کمتر از ۰/۸ باشد وضعیت بسیار عالی است و اگر کمتر از ۱ باشد قابل قبول است. در این روش متغیرها جفت جفت و دوبه‌دو بارشان HTMT محاسبه می‌شود و کلیه HTMT‌ها باید کوچکتر از ۱ باشد. خوشبختانه کلیه ضرایب HTMT کمتر از ۱ هستند. بنابراین با توجه به دو آزمون قبل با قدرت می‌توان ادعا نمود که روایی واگرا برقرار است و همینطور با توجه به برقراری روایی همگرا می‌توان ادعا نمود که مدل ارزیابی شده بر آمده از داده‌های پرسشنامه روایی سازه دارد. یعنی محقق همان چیزی را سنجیده که قرار بوده سنجیده شود.

جدول ۷: نتایج آزمون چند روش و چند خصیصه

شاخص‌ها	عوامل علی	عوامل مداخله‌گر	شرایط زمینه‌ای	راهبردها	پیامدها	پدیده محوری
عوامل علی						
پدیده محوری	0.28					
عوامل مداخله‌گر	0.73	0.64				
شرایط زمینه‌ای	0.33	0.85	0.58			
راهبردها	0.45	0.17	0.21	0.49		
پیامدها	0.13	0.85	0.35	0.32	0.57	

### آزمونهای مدل درونی پژوهش

#### آزمون R2 مسیر از طریق (R2)

R2 معیاری است که برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری به کار می‌رود و نشان از تأثیری است که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد. به تعداد متغیرهای درون‌زا معادله رگرسیون وجود دارد و به تعداد معادلات مقدار R2 داریم. R2 بیان می‌کند متغیرهای برون‌زا روی هم‌رفته چقدر از واریانس (رفتار یا تغییرات) متغیرهای درون‌زا را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به مقاله مشهور چین (۱۹۹۸) سه مقدار برای سنجش R2 معرفی شده است: 19/100 است. این مقادیر عبارتند از ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ که به ترتیب ضعیف، متوسط و قوی است که باید با مقدار R2 تحقیق مقایسه گردد. یکی از مزیت‌های اصلی روش PLS این است که این روش قابلیت کاهش خطاها در مدل‌های اندازه‌گیری و یا افزایش واریانس بین سازه و شاخص‌ها را دارد. نکته ضروری این که مقدار R2 تنها برای سازه‌های درون‌زا (وابسته) مدل محاسبه می‌شود و در مورد سازه‌های برون‌زا، مقدار این معیار صفر است.

#### جدول ۸: نتایج آزمون R2

R Square Adjusted	R Square	
۰/۵۴۰	۰/۵۴۲	الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت

### آزمون‌های مدل کلی PLS

تنها شاخص برازش قابل قبول از نظر رینگر در PLS شاخص مجذور و ریشه میانگین خطاها یا همان آزمون برازش SRMR است که باید کمتر از ۰/۰۸ باشد.

#### جدول ۹: نتایج آزمون برازش SRMR

Estimated Model	Saturated Model	
0.0765	0.0765	SRMR الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت

آزمون ریشه میانگین خطاها یا همان آزمون برازش SRMR کمتر از مقدار ۰/۰۸ و مورد تایید است.

### آزمون برازش مدل

مدل کلی شامل هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری می‌شود و با تأیید برازش آن، بررسی برازی در یک مدل کامل می‌شود. برای بررسی برازش مدل کلی تنها از یک معیار به نام GOF استفاده می‌شود. معیار GOF مربوط به بخش کلی مدل‌های معادلات ساختاری است. بدین معنی که توسط این معیار، محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل کلی پژوهش خود، برازش کلی را نیز کنترل نماید. علی‌رغم اختلاف نظر صاحب نظران مدلسازی معادلات ساختاری هنوز بسیاری از محققین این شاخص برازش را که در سال ۲۰۰۵ توسط تنهوس ارائه گردید قبول دارند اما باید آن را با سه مقدار ۰/۲۵، ۰/۰۱ و ۰/۳۶ (ترلس و همکاران، ۲۰۰۹) را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند. هنسler بیان می‌کند که اگر مقدار GOF بیشتر از ۰/۳۶ شود توانسته‌ایم مدل را در حد قوی پیش‌بینی کنیم یعنی اینکه توانسته‌ایم به ۰/۰۹۹ کوواریانس را محورها برسیم کنیم.

این معیار از طریق فرمول زیر به دست می‌آید:

$$GOF = \sqrt{\text{community} \times R^2}$$

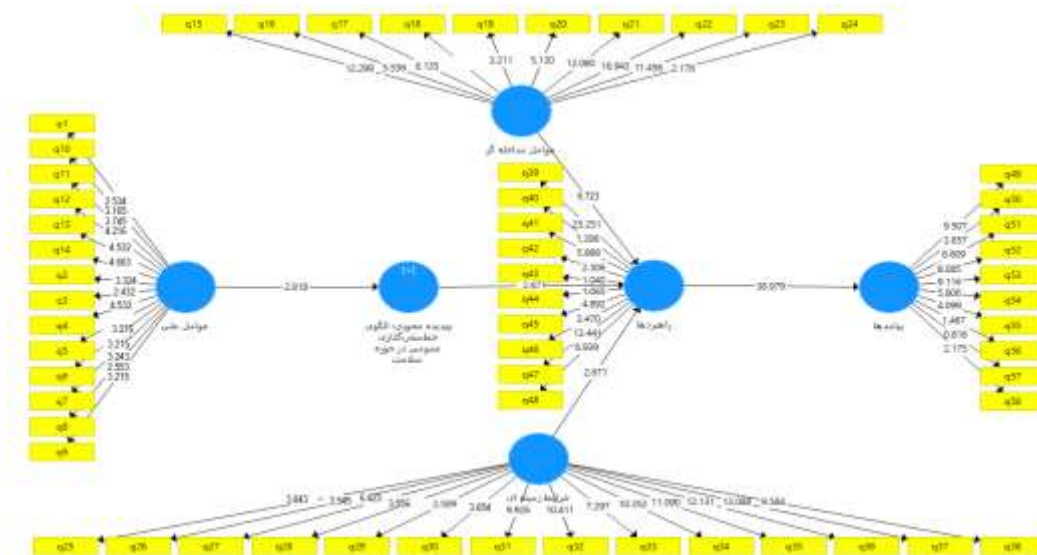
### جدول ۱۰: نتایج آزمون برازش

GOF	میانگین مقادیر استراکی	میانگین R2	متغیرهای مکنون
			عوامل علی
			عوامل مداخله‌گر
۰/۶۰۳	۰/۷۵۶	۰/۵۷۱	شرایط زمینه‌ای
			راهبردها
			پیامدها

مشاهده می‌شود که GOF پژوهش حاضر، عدد ۰/۶۰۳ برای الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت با تاکید بر مولفه‌های فرهنگی می‌باشد که با توجه به آن، می‌توان گفت مدل این پژوهش، از برازشی خوبی برخوردار است و این یعنی اینکه ما توانسته‌ایم به بیش از ۰/۵۳ از دقت پیش‌بینی کوواریانس‌ها برسیم.

### آزمون مدل نهایی پژوهش

برای بررسی و آزمون فرضیه‌ها مدل نهایی و ساختاری پژوهش آزمون می‌شود که نتیجه آن در نمتار زیر مشاهده می‌شود.



شکل ۲: مدل ساختاری پژوهش در حالی معنی داری

نتایج نشان می‌دهد رابط معناداری بین مولفه‌های مدل تحقیق تحقیق برقرار است. با توجه به اینکه مقدار  $t$  بدست آمده برای متغیرهای مستقل و وابسته و میانجی در بازه  $(+1/96$  و  $-1/96)$  قرار ندارد و بیشتر از مقدار  $1/96$  است لذا فرض صفر رد و فرض یک را نمی‌توان رد کرد. بدین معنی که رابطه معناداری بین مولفه‌های مدل تحقیق تحقیق وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

الگوی نهایی تحقیق نشان می‌دهد که عوامل علی از مهمترین مولفه‌های تاثیر گذار بر الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت هستند. نتایج مدل اعتباریابی شده از رویکرد معادلات ساختاری نشان می‌دهد ارتباط معنی‌داری بین عوامل علی و پدیده محوری که الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت است وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد عوامل مداخله‌گر و عوامل زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری با راهبردها و راهکارهایی برای ارتقاء الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت دارند. نتایج در الگوی نهایی نشان می‌دهد که مولفه‌هایی مانند بیمار محوری، شناخت آداب و رسوم و فرهنگ‌های جاری، ترویج و ترغیب جشن‌ها و سنت‌های بومی و محلی، ترویج اهمیت سلامت فردی در زندگی، تبلیغات مناسب در فضای مجازی برای ورزش همگانی، ترویج فرهنگ ورزش همگانی به عنوان مولفه‌های شرایط زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری با راهبردهای الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت دارند.

همچنین نتایج نشان می‌دهند که شاخص‌هایی مانند ارتباط و تعامل تنگاتنگ ارگانهای دولتی و محلی، داشتن دید خدمت گذاری، عبادت انگاری کار، خدا مجوری، اجرایی بودن تصمیمات، انعطاف پذیری، جامعیت تصمیم گیری، صراحت و صداقت در عمل، فرهنگ سازی عمومی بهداشت از طریق رسانه‌ها، اطلاع رسانی به اقشار مختلف، بکارگیری نخبکان فرهنگی به عنوان عوامل مداخله‌گر ارتباط معنی‌داری با راهبردهای الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت دارند.

در نهایت نتایج نشان می‌دهند که راهبردهای تعیین شده نقش مهمی در پیامدهای اجرای الگوی خط‌مشی گذاری عمومی در حوزه سلامت دارند. به عبارت دیگر راهبردهایی مانند پذیرش تولی‌گری به جای تصدی‌گری، تکلیف‌گرایی در انجام وظیفه، عقلانیت و عدالت محوری در سازمان، تبادل اطلاعات بین بخشی و فرابخشی در حوزه سلامت، هماهنگی و همکاری دستگاه‌های مرتبط با حوزه سلامت،

حمایت از فرهنگ بومی و غنی، ایجاد انگیزه در بین اقشار مردم، بومی‌نگری سیاست کلان، توجه به خرده فرهنگ‌ها، جانمایی پروری و تربیت مدیران آینده، نگاه برابر و عدالت محور به همه مناطق، تدوین برنامه‌های عملیاتی و استراتژیک، مستندسازی تجربیات، کاهش بروکراسی و تسهیل فرایندها و رویکرد مردمی و مردمی کردن سلامت می‌توانند منجر به پیامدهای مثبت و مناسبی در اجرای الگوی خط‌مشی‌گذاری عمومی در حوزه سلامت شوند.

### پیشنهادات تحقیق

به منظور کاهش تضادها و موازی کاری بین بازیگران حکمرانی در نظام سلامت و حداکثر بهره برداری از ظرفیت‌های موجود، وظایف و مسئولیت‌های آنان بازبینی و بازتعریف شود.

میزان نقش آفرینی و مسئولیت هر یک از بازیگران نظام سلامت به منظور اجرای راهبردهای تعریف شده تعیین شود.

۱) ساختار بوروکراتیک نظام سلامت بازبینی شود و به منظور افزایش چابکی و انعطاف آن، به سمت ساختارهای افقی و شبکه‌ای حرکت کند. به منظور اجرای راهبردهای تعریف شده، برنامه مدون تدوین شود و روند پیشرفت اهداف به طور مرتب بررسی گردد.

۲) باید توانمندی‌ها و ظرفیت بخش خصوصی و نهادهای مدنی مرتبط با نظام سلامت تقویت گردد تا بتوانند اهداف مدنظر را با قدرت پیگیری کنند.

۳) نیروی انسانی فعال در بخش سلامت باید مورد توجه قرار گیرد و ضمن توانمندسازی آنها، نیازهای مادی و معنوی آن‌ها به طور منصفانه ای مرتفع شود.

۴) نظام سلامت باید ارتباط خود با سازمان‌های بین‌المللی مرتبط را گسترش دهد و از تجارب سایر کشورها در ارتقای حکمرانی سلامت بهره گیرد.

۵) بازیگران نظام سلامت باید از ظرفیت‌های موجود در قوانین و اسناد بالادستی در جهت ارتقای حکمرانی بهره گیرند و ظرفیت‌های قانونی متناسب با نیازهای آینده را ایجاد کنند.

۶) با توجه به جایگاه ویژه عوامل فرهنگی و دینی در جامعه ایرانی و ظرفیت‌های بالقوه موجود در این زمینه، می‌توان از این عوامل به‌عنوان پیش‌رانه‌ای نرم در پیشبرد اهداف استفاده کرد.

## منابع:

- ابراهیمی، سیدعباس؛ عین‌علی، محسن (۱۳۹۸). ارائه چارچوبی برای تبیین تسخیر خط‌مشی‌های عمومی با کاربرست روش تحلیل مضمون و مدل‌سازی ساختاری - تفسیری. مدیریت دولتی، ۱۱ (۳)، ۴۰۳-۴۳۰.
- اسماعیلی سراجی محمدجواد، سینا کرم، فلاح وحید (۱۴۰۳). «شناسایی و اولویت بندی ابعاد اخلاقی خط‌مشی‌گذاری سلامت نظام اداری با تاکید بر مدیریت تعارض منافع». اخلاق در علوم و فناوری. ۱۴۰۳؛ ۱۹ (۴): ۱۶۸-۱۷۷
- الوانی، سیدمهدی، شریف زاده، فتاح (۱۳۹۴). فرایند خط‌مشی‌گذاری عمومی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- باکی هاشمی، سیدمحمد مهدی. (۱۴۰۴). شناسایی و رتبه‌بندی شایستگی‌های خط‌مشی‌گذاران نظام سلامت ایران. مدیریت سازمان‌های دولتی، (انتشار آنلاین، فروردین ۱۴۰۴)،
- دانشفرد، کرم‌الله؛ آرامش، کبری (۱۳۹۴). چالش‌های خط‌مشی‌گذاری در فرایند خط‌مشی‌گذاری عمومی. کنفرانس ملی رویکردهای نوین در علوم مدیریت، اقتصاد و حسابداری.
- Hill, M. (2005). The Public policy process (4th ed.). Harlow: Pearson Education Limited .
- Jones, M. D., & McBeth, M. K. (2010). A narrative policy framework: Clear enough to be wrong? Policy Studies Journal, 38(2), 329-353.
- McGinnis, M. D. (2011). An introduction to IAD and the language of the Ostrom workshop: A simple guide to a complex framework. Policy Studies Journal, 39(1), 169-183 .
- Morgan, R., Green, A., & Boesten, J. (2013). Aligning faith-based and national HIV/AIDS prevention responses? Factors influencing the HIV/AIDS prevention policy process and response of faith-based NGOs in Tanzania. Health Policy and Planning, 29(3), 313-322 .
- Mushtaq Khan, M. (2006). Health policy analysis: The case of Pakistan. Maastricht: Maastricht University.
- Gonzales, Rolando, & Wareham, Jonathan. (2019). Analysing the impact of a business intelligence system and new conceptualizations of system use. Journal of Economics, Finance and Administrative Science, 24(48), 345-368 .
- Gunasekaran, S. S., Ahmad, M. S., Tang, A., & Mostafa, S. A. (2016, 23-24 Aug. 2016). The Collective Intelligence concept: A literature review from the behavioral and cognitive perspective. Paper presented at the 2016 2nd International Symposium on Agent, Multi-Agent Systems and Robotics (ISAMSR) .
- Johanson, Jan-Erik. (2018). Strategy formation and policy making in government.