



Research Paper

A Comparative Study on the Policy Responses to the COVID-19 Pandemic in Iran and Selected Countries



Manijeh Kadkhodaei¹ , Hamidreza Bahrami² , Mehraban Hadi Peykani¹

1. Department of Public Management, Faculty of Management, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Department of Public Management, Faculty of Management, Naraq Branch, Islamic Azad University, Naraq, Iran.



Citation Kadkhodaei M, Bahrami H, Hadi Peykani M. [A Comparative Study on the Policy Responses to the COVID-19 Pandemic in Iran and Selected Countries (Persian)]. *Journal of Modern Medical Information*. 2024; 10(2):184-205. <https://doi.org/10.32598/JMIS.10.2.5>

<https://doi.org/10.32598/JMIS.10.2.5>

Article Info:

Received: 12 Dec 2023

Accepted: 10 Feb 2024

Available Online: 01 Jul 2024

ABSTRACT

Objective This study aims to compare the policies implemented to tackle the COVID-19 pandemic in Iran and selected countries (US, China, Italy, New Zealand, Egypt).

Methods This is a mixed-method study (qualitative and quantitative) using a thematic analysis. Based on the Delphi method in three rounds, the data were collected using a questionnaire with acceptable validity and reliability. The questionnaire was presented to 250 employees and managers of Kashan University of Medical Sciences, Islamic Azad University (Khorasgan Branch), and University of Kashan. The data were analyzed in SPSS software, version 26 and AMOUS using Friedman's test and chi-square test.

Results The results led to the extraction of three main themes: Management policies (social, managerial, distancing, communication & information, educational management), healthcare policies (crisis management, testing and vaccination, prevention and health, treatment, resource management, and research) and economic/supportive policies (economic, supportive). There were significant differences in the ranks of the sub-themes ($P < 0.05$). The sub-theme of "communication and information" ranked first, and the sub-themes of "research" and "treatment" ranked second and third. Regarding the themes, healthcare policies ranked first, while management policies and economic/supportive policies ranked second and third in terms of importance ($P < 0.05$).

Conclusion Six countries (Iran, US, New Zealand, Italy, Egypt, and China) had different performances in response to the pandemic, which led to different infection, recovery and mortality rates in these countries.

Key words:

Covid-19, Crisis, Pandemic, Epidemic

* Corresponding Author:

Hamidreza Bahrami, Assistant Professor.

Address: Department of Public Management, Faculty of Management, Naraq Branch, Islamic Azad University, Naraq, Iran.

Tel: +98 (913) 1255459

E-mail: bahramihamidreza767@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

The crises such as the COVID-19 pandemic, are one of the most challenging conditions for the health system that require immediate decision-making and management. In dealing with the COVID-19 pandemic, most countries developed policies to control the disease, and as a result, gained different experiences regarding their measures. In some countries, such as New Zealand and Scandinavian countries, South Korea, China, Japan, Taiwan, and Singapore, these policies were applied in a balanced and centralized way throughout the country, and public support and social participation were used to control the disease.

However, in some countries such as Italy, Spain, India, Pakistan, and some other countries in the Middle East, no coherent approach was observed. In Iran, with the increase in the number of infected cases and hospital admissions, the government imposed preventive measures such as quarantine, travel bans and closure of all non-essential organizations with a delay, which led to a severe disease pandemic. While other countries had dealt with the spread of the virus and the treatment of infected cases with comprehensive and precise planning and coordination between people and government, in Iran, we witnessed chaos in the decision-making and people's lack of attention to the preventive regulations and lack of trust on official statistics, resulted in the spread of the disease. This research aims to investigate and compare the measures against the COVID-19 pandemic used in Iran and selected countries (US, New Zealand, Italy, Egypt, China).

Methods

This is a qualitative-quantitative study using an inductive approach. In the qualitative phase, after reviewing the related articles, the concepts related to the research questions and objectives were extracted. A checklist with 82 main themes, 13 organizing themes, and 3 inclusive themes was provided to 16 specialists and professors in the fields of management and medicine in three Delphi rounds. In the end, the panel of experts reached a consensus and 76 themes in three dimensions and 13 components were extracted. Face validity was assessed by experts, and the content validity ratio was measured using the Lawshe method. To determine the consensus among the experts, in addition to the mean, median and standard deviation indicators, Kendall's rank correlation coefficient was used.

In the quantitative phase, the questionnaire was presented to a larger group including 250 employees and managers of [Kashan University of Medical Sciences](#), [Islamic Azad University \(Khorasgan Branch\)](#) and [University of Kashan](#). The reliability for the overall questionnaire was obtained at 0.824 using Cronbach's α coefficient. All data were analyzed in SPSS software, version 26 and AMOUS using Friedman's test and chi-square test.

Results

According to the [World Health Organization \(WHO\)](#) report, Iran had the highest mortality rate (19.13%) and the US ranked second (10.88%), while New Zealand had the lowest mortality rate (1.13%). Italy had the highest infection rate (41.52%), followed by New Zealand (38.97%). China and New Zealand had the highest rate of recovery, followed by US and Italy, while Egypt and Iran had the lowest recovery rate. In terms of prevention, New Zealand and China controlled the outbreak with timely vaccination. Quarantine and vaccination were not paid enough attention to in the US. After the spread of the disease, special attention was paid to issues related to the pandemic. Iran, Italy and Egypt delayed the vaccination programs, which led to the pandemic and reduced the economic status.

New Zealand and China imposed quarantine and screened travelers coming from abroad on time in a serious manner, while the US did not take it seriously at first; with the further spread of the disease, the state officials imposed the measures. This was also done with delays in Italy, Egypt and Iran. In the field of disease control, China and New Zealand were able to control the disease by vaccination, expanding medical centers and equipping facilities and human resources, while other countries could not reduce the transmission of the disease in the first wave. In the second wave, the US and Italy applied the measures of self-isolation and quarantine. Iran and Egypt applied quarantine and vaccination after the second and third waves. China and New Zealand had high disease control, the US and Italy had moderate control due to their more moderate policies and Egypt and Iran had weak control.

Conclusion

Epidemiological parameters of six countries (Iran, US, New Zealand, Italy, Egypt, China) showed that they had different spread rates and very different recovery and mortality rates. China and New Zealand managed to control the pandemic with timely measures and vaccination and due to the high infection rate, their recov-



ery rate was high. On the other hand, the lack of travel restrictions, resistance to vaccination, and not applying the self-isolation policy in the US and Italy caused the infection rate to increase, but they experienced a lower recovery rate. Egypt and Iran carried out self-isolation and vaccination programs with great delay, which led to unfortunate consequences in terms of infection and mortality rates.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Council of [Isfahan Branch \(Khorasgan\), Islamic Azad University](#), Isfahan, Iran. (Code: IR.IAU.KHUISF.REC.1402.099).

Funding

This study was taken from the PhD dissertation of Manijeh Kadkhodaei, approved by the Department of Public Management, Islamic Governance and Management, [Isfahan Branch \(Khorasgan\), Islamic Azad University](#), Isfahan, Iran.

Authors' contributions

Conceptualization, methodology and supervision: All authors; Resources, Investigation and writing: Manijeh Kadkhodaei.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی



مطالعه تطبیقی خط‌مشی‌های مقابله با همه‌گیری کووید-۱۹ در ایران و کشورهای منتخب

منیژه کدخدایی^۱، حمیدرضا بهرامی^۱، مهربان هادی پیکانی^۲

۱. گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ۲. گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، واحد نراق، دانشگاه آزاد اسلامی، نراق، ایران.



Citation Kakhodaei M, Bahrami H, Hadi Peykani M. [A Comparative Study on the Policy Responses to the COVID-19 Pandemic in Iran and Selected Countries (Persian)]. *Journal of Modern Medical Information*. 2024; 10(2):184-205. <https://doi.org/10.32598/JMIS.10.2.5>

doi <https://doi.org/10.32598/JMIS.10.2.5>

چکیده

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۱ آذر ۱۴۰۲
 تاریخ پذیرش: ۲۱ بهمن ۱۴۰۲
 تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۴۰۳

هدف: هدف این پژوهش تحلیل عملکرد سیاست‌های مقابله با همه‌گیری کووید ۱۹ به‌منظور دستیابی به راهکارهای عملی در ایران و کشورهای منتخب است.

روش‌ها: پژوهش حاضر به روش آمیخته در ۲ مرحله کیفی و کمی به روش تحلیل مضمون در کشورهای آمریکا، چین، ایتالیا، نیوزیلند، مصر و ایران انجام شد. با استفاده از روش دلفی در ۳ مرحله و نمونه‌گیری هدفمند به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. روایی محتوا و پایایی پرسش‌نامه در هر ۳ مرحله مقدار قابل قبولی را نشان داد. پس از ارائه الگوی موردنظر، الگو در گروه بزرگ‌تری در مرحله کمی از طریق تحلیل عاملی تأییدی و آزمون فریدمن اعتبارسنجی شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و ایموس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه در بخش کیفی ۷۶ مضمون پایه، ۱۲ مضمون سازمان‌دهنده و ۳ مضمون فراگیر با ضریب کندال ۰/۷۰۹ بود. تحلیل‌های پژوهش، نشان‌دهنده این است که در رابطه با مضامین اولیه تفاوت معنی‌داری بین مضامین به لحاظ رتبه وجود دارد (P≤۰/۰۵). به ترتیب شاخص‌های ارتباطات و اطلاعات در بالاترین رتبه و شاخص‌های پژوهشی در رتبه دوم و شاخص‌های درمان در رتبه سوم اهمیت قرار گرفتند. در رابطه با مضامین کلی می‌توان گفت سیاست‌های بهداشتی درمانی در بالاترین رتبه و سیاست‌های مدیریتی در رتبه دوم و سیاست‌های اقتصادی در پایین‌ترین رتبه اهمیت قرار گرفتند (P≤۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد اقدامات مناسب مهار شامل، ردیابی تماس‌ها، اقدامات محدودکننده و اجرای سیاست قرنطینه و خدمات پزشکی شامل، واکسیناسیون و آزمایش‌های پارامترهای اپیدمیولوژیک در زمان انتقال بودند.

کلیدواژه‌ها:

کووید-۱۹، بحران، همه‌گیری، اپیدمی

* نویسنده مسئول:

دکتر حمیدرضا بهرامی

نشانی: نراق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نراق، دانشکده مدیریت، گروه مدیریت دولتی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۳) ۱۲۵۵۴۵۹

پست الکترونیکی: bahramihamidreza767@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

به آن پرداخته بودند، در ایران شاهد آشفته‌گی در تصمیم‌گیری مسئولین و عدم توجه مردم به مقررات ویژه و بی‌اعتمادی به آمارهای رسمی و در نتیجه گسترش روزافزون بیماری بودیم [۱۴، ۱۵]. مقایسه نسبت مبتلایان با قربانیان، بین ایران و دیگر کشورهای درگیر با کرونا نشان می‌دهد ایران به لحاظ شمار مبتلایان در جایگاه هفتم، ولی از نظر تعداد قربانیان در جایگاه دوم و بعد از چین بوده است [۱۶]. به نظر می‌رسد کشورهای رویکردهای متفاوتی اتخاذ کردند که منجر به بروز تجربیات گوناگون شده، بنابراین نیاز به مطالعه و ارزیابی عملکرد دولت‌ها احساس می‌شود تا به وسیله این ارزیابی‌ها نظام سلامت بتواند برنامه قابل قبولی برای مواجهه با همه‌گیری‌هایی از این قبیل داشته باشد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش در قالب کیفی کمی با رویکرد استقرایی انجام شد. مرحله اول مبتنی بر شیوه تحلیل مضمون آتراید استرلینگ و شناسایی نقاط تمایز و تشابه انجام شد. محیط پژوهش در فاز کیفی را متون چاپی، مقالات، کتب، پژوهش‌ها، وبسایت‌های معتبر جهان در زمینه بهداشت، نظیر سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، اسناد پایگاه‌های الکترونیکی بین‌المللی معتبر در ایران مانند وبسایت وزارت بهداشت و کشورهای منتخب در فاصله زمانی سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۳ تشکیل دادند. از آنجاکه هدف پژوهش مقایسه عملکرد خط‌مشی‌های کشورهای با مدیریت نسبتاً مطلوب و نامطلوب در مقایسه با عملکرد ایران بوده است، بنابراین کشورهایی انتخاب شده‌اند که اولاً دسترسی به اطلاعات در آن‌ها بیشتر بوده، ثانیاً از قاره‌های مختلف به دلیل داشتن جامعیت و دلایل ذیل بوده‌اند:

کشور نیوزیلند از اقیانوسیه

نیوزیلند به علت پیشرو بودن در مقابله با بحران کرونا و داشتن مدیریت مناسب توانست مدل خوبی برای دیگر کشورها باشد [۸].

کشور مصر از آفریقا

باتوجه به اینکه در تحقیقات گذشته مطالعه‌ای در قاره آفریقا انجام نشده، کشور مصر که از کشورهای بزرگ مسلمان نیز هست، انتخاب شد.

کشور ایتالیا از اروپا

ایتالیا دومین کشور جهان پس از ژاپن از نظر میانگین سنی است. در مواجهه با کرونا مدیریت مناسبی نداشت و با گسترش شیوع بیماری مواجه شد [۱۳].

ویروس کووید-۱۹ توسط سازمان بهداشت جهانی^۲ در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر جهانی اعلام شد. زمانی که به نظر می‌رسید بیماری همه‌گیر در حال گذار است، بسیاری از کشورها با ظهور گونه‌های جدید روبه‌رو شدند [۱، ۲] از ۲۲ آوریل ۲۰۲۰، تقریباً تمام جهان به دلیل شیوع قابل توجه ویروس کووید-۱۹ در قرنطینه بود [۳]. مهم‌ترین شاخصه بحران‌ساز آن، توانایی در گسترش سریع بود که منجر به همه‌گیری^۳ شد. بحران‌های همه‌گیر یکی از چالش‌برانگیزترین شرایط مرتبط با نظام سلامت و نیازمند تصمیم‌گیری و مدیریت فوری هستند [۴، ۵].

در مقابله با همه‌گیری کووید-۱۹، اکثر کشورها سیاست‌هایی را برای کنترل بیماری تدوین کرده و در نتیجه تجربیات مختلفی در مورد روش‌های خود کسب کردند [۶]. در برخی کشورها مانند نیوزیلند و کشورهای اسکانداویژی، کره جنوبی، چین، ژاپن، تایوان و سنگاپور، این سیاست‌ها به صورت متوازن و متمرکز در کل کشور اعمال شده و از حمایت‌های مردمی و مشارکت اجتماعی در مهار بیماری استفاده شده است. سرعت انتقال و مقیاس جهانی عفونت‌های ناشی از این ویروس به قدری وسیع بود که نیاز به اقدامات اساسی در حوزه‌های راهبردی، مدیریت منابع، بهداشتی‌درمانی و اقتصادی احساس می‌شد [۷، ۸] اما در بعضی از کشورها، مانند ایتالیا، اسپانیا، هند، پاکستان و بعضی از کشورهای خاورمیانه مدیریت منسجمی در مواجهه با کرونا مشاهده نشد [۹، ۱۰]. نتایج تحقیق بالاساری و همکاران نشان داد ایجاد محدودیت و فاصله‌گذاری اجتماعی در بین جامعه از اقدامات مؤثری است که می‌تواند مانع از شیوع و انتقال بیماری شود [۱۱]. براساس مطالعه دای و همکاران رعایت فاصله دست‌کم یک‌متری خطر ابتلا را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد و هرچه این میزان بین افراد بیشتر شود، مثال ۲ متر، میزان اثرگذاری آن هم بیشتر خواهد شد [۱۲].

فلکسمن و همکاران تأثیر مداخلات عمده غیردارویی در ۱۱ کشور اروپایی از آغاز کووید-۱۹ تا لغو قرنطینه را مطالعه کردند و دریافتند آن مداخلات، به‌ویژه قرنطینه‌ها، تأثیر قابل توجهی در کاهش آن داشته است [۱۳]. با افزایش موارد ابتلا و بستری‌ها در ایران نیز دولت، برنامه‌های قرنطینه، ممنوعیت سفر، تعلیق حمل‌ونقل و تعطیلی همه سازمان‌های غیرضروری را با تأخیر در دستور کار خود قرار داد که منجر به همه‌گیری شدید بیماری شد. در حالی که سایر کشورها با برنامه‌ریزی فراگیر و دقیق و هماهنگی بین ملت و دولت به مقابله با شیوع ویروس و درمان افراد مبتلا

1. Covid-19

2. World Health Organization (WHO)

3. Pandemi

4. Centers for Disease Control and Prevention

کشور آمریکا از قاره آمریکا

قدرتمندترین کشور جهان که به‌طور سالانه تمرین مقابله با اپیدمی انجام می‌دهد و به نظر می‌رسید که مدیریت منسجم و متمرکزی در مواجهه با بحران کرونا خواهد داشت، ولی این‌گونه مشاهده نشد [۷].

کشور چین از آسیا

اولین کشور درگیر و پرجمعیت‌ترین کشور جهان که با شیوع گسترده بیماری مواجه شد، ولی با مدیریت منسجم و ضربتی توانست نخستین کشور موفق در مواجهه با کرونا باشد.

جامعه پژوهش، شامل کشورهای ایران، آمریکا، نیوزیلند، ایتالیا، مصر و چین بود. پس از مطالعه و بررسی، متون و داده‌های مرتبط با سؤالات و اهداف پژوهش در بخش کیفی مورد تفکیک و جداسازی قرار گرفتند و انتخاب شدند. با گردآوری و تحلیل داده‌های کیفی چک‌لیستی برای جمع‌آوری اطلاعات از خبرگان (پرسش‌نامه دلفی) تهیه شد. جامعه آماری در بخش کیفی را متخصصان و اساتید حوزه مدیریت و پزشکی دانشگاه کاشان، دانشگاه آزاد خوراسگان و دانشگاه علوم پزشکی کاشان به‌عنوان خبره تشکیل دادند که به روش هدفمند ملاک‌محور ۱۶ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. چک‌لیست حاصل از جمع‌آوری داده‌های کیفی به‌صورت پرسش‌نامه از طریق پست

جدول ۱. شاخص‌های نمودار توصیفی متغیرهای پژوهش

خط‌مشی‌های مقابله با کرونا					
ابعاد	مؤلفه‌ها	میانگین \pm انحراف پمعیار	میان	کجی	کشیدگی
	اجتماعی	۶/۱۳۵۰/۳۸	۶	۱/۲۷۶	۰/۸۴۴
	مدیریتی	۶/۲۰۵۰/۳۷	۶	۰/۹۰۵	۰/۱۰۹
سیاست‌های مدیریتی	فاصله‌گذاری	۶/۲۱۵۰/۳۸	۶	-۰/۴۶۷	۰/۲۳۲
	ارتباطات	۶/۳۲۵۰/۳۸	۶	۰/۳۹۹	-۱/۰۹۴
	مدیریت آموزشی	۶/۰۹۵۰/۶۱	۵/۹	-۰/۸۳۴	۰/۸۸۲
	مدیریت بحران	۶/۱۳۵۰/۴۹	۶	-۱/۰۴۷	۱/۹۴۵
	تست‌گیری و واکسیناسیون	۶/۱۳۵۰/۴۷	۶	-۱/۳۹۴	۱/۹۸۴
سیاست‌های بهداشتی درمانی	پیشگیری و بهداشت	۶/۲۳۵۰/۳۲	۶	-۰/۷۳۰	۱/۰۶۵
	درمان	۶/۲۲۵۰/۲۹	۶	-۰/۸۶۴	۰/۴۰۴
	مدیریت منابع	۶/۲۳۵۰/۳۵	۶	۰/۵۶۸	-۰/۳۰۴
	پژوهشی	۶/۱۸۵۰/۵۹	۶	۱/۵۹۳	۱/۷۵۲
سیاست‌های اقتصادی حمایتی	اقتصادی	۶/۰۴۵۰/۵۰	۵/۸	-۱/۰۹۹	۱/۴۲۵
	حمایتی	۶/۰۴۵۰/۴۷	۶	-۱/۰۴۹	۱/۱۲۵

به‌وسیله پرسش‌نامه استخراج‌شده از نتایج دلفی مرحله کیفی ارائه شد. برای تعیین روایی در این مرحله، از روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد. روایی صوری توسط تعدادی از پاسخ‌دهندگان و روایی محتوا توسط نظرخواهی از خبرگان انجام شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه به میزان ۰/۸۲۴ برآورد شد که باتوجه‌به اینکه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده بالای ۰/۷ بود پایایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. کلیه داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ با کمک آزمون‌های کای‌اسکوئر، کندال و همچنین روش AMOUS مبتنی بر روش تحلیل آماری تأییدی و آزمون فریدمن، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سازه الگو تأیید شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در تحقیق کمی آمده است. ۵۸ درصد پاسخ‌گویان را مردان و ۴۲ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. ۱۱/۲ درصد پاسخ‌گویان کمتر از

در تحقیق حاضر، برای تعیین روایی محتوایی پرسش‌نامه از نظر متخصصان و درکل، از نسبت اعتبار محتوا^۹ استفاده شد. براساس جدول نسبت اعتبار محتوا، باتوجه‌به تعداد ۱۶ ارزیاب، گویه‌های با نسبت اعتبار محتوای کمتر از ۰/۴۹ حذف شدند و باتوجه‌به اینکه مقدار نسبت اعتبار محتوای گزارش‌شده کل گویه‌ها معادل ۰/۷۷ بود و مقدار آن بزرگ‌تر از ۰/۴۹ بود، اعتبار روایی ابزار گردآوری اطلاعات تأیید شد. همچنین در این مرحله پایایی پرسش‌نامه در هر سه مرحله مقدار قابل‌قبولی را نشان داد. در نهایت ۷۶ مضمون در ۳ بعد و ۱۳ مؤلفه استخراج شد. در پژوهش حاضر برای تعیین اتفاق نظر میان اعضای پانل، علاوه بر شاخص‌های میانگین، میانه و انحراف استاندارد و نسبت اعتبار محتوا از ضریب هم‌هنگی کندال نیز استفاده شده است. در بخش کمی پس از ارائه الگوی موردنظر، الگو در گروه بزرگ‌تری براساس فرمول کوکران، شامل ۲۵۰ نفر از کارکنان و مدیران دانشگاه علوم پزشکی کاشان و دانشگاه آزاد خوراسگان و دانشگاه کاشان

5. Content Validity Ratio (CVR)

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد موردبررسی

ویژگی‌ها	تعداد (درصد)
جنس	زن ۱۴۵(۵۸)
	مرد ۱۰۵(۴۲)
سن	<۲۵ سال ۱۱/۲(۲۸)
	۳۵-۴۵ سال ۲۶/۸(۶۵)
	بالاتر از ۴۵ سال ۶۲(۱۷۷)
سابقه کاری	۱۰ سال و کمتر ۶(۱۵)
	۱۱-۲۰ سال ۱۹/۲(۴۸)
	۲۱-۳۰ سال ۱۶۱(۶۴/۴)
رشته تحصیلی	بالاتر از ۳۰ سال ۲۶(۴/۴)
	مدیریت ۲۵(۱۰)
	علوم پزشکی ۲۲۲(۸۸/۸)
مرتبه علمی	جامعه‌شناسی ۳(۱/۲)
	استاد ۷(۲/۸)
	دانشیار ۱۲۶(۱۰/۴)
	استادیار ۴۸(۱۹/۲)
محل کار	مربی ۱۶۹(۱۶۷/۶)
	دانشگاه خوراسگان اصفهان ۱۴(۵/۶)
	دانشگاه کاشان ۱۲(۴/۸)
	دانشگاه علوم پزشکی کاشان ۲۲۳(۸۹/۶)

جدول ۳. اطلاعات پایه ۶ کشور از نظر جمعیت، میزان ابتلا و مرگ

کشور	جمعیت (میلیون نفر)	مبتلایان	مرگومیر
آمریکا	۳۳۴٬۸۳۵٬۰۰۰	۹۹٬۴۲۳٬۷۵۸ (۲۹/۶۹)	۱٬۰۸۲٬۲۶۵ (۱۰/۸۸)
نیوزیلند	۵٬۲۷۹٬۰۴۰	۲۰٬۵۷۴٬۵۰ (۳۸/۹۷)	۲٬۳۳۱ (۱/۱۳)
مصر	۱۰۲٬۰۰۰٬۰۰۰	۵۱۵٬۹۹۰ (۰/۵۰۵)	۲۴٬۸۲۵ (۴/۸۱)
ایتالیا	۶۰٬۵۵۰٬۰۷۵	۲۵٬۱۴۳٬۷۰۵ (۴۱/۵۲)	۱۸۴٬۶۴۲ (۷/۳۴)
چین	۱٬۴۲۵٬۰۰۰٬۰۰۰	۹۸۷۰٬۱۵۴۳ (۶/۹۲)	۱۱۷٬۶۸۷ (۱/۱۹)
ایران	۸۴٬۸۷۳٬۳۴۶	۷۵۶۱٬۵۴۱ (۸/۹۰)	۱۴۴٬۶۹۶ (۱۹/۱۳)

در پایان ژانویه ۲۰۲۰، دولت چین برای کنترل انتقال کووید-۱۹ و نجات موارد تأییدشده، اقدام اضطراری سطح اول و سیاست «قفل کردن» و «سیاست قرنطینه» را اتخاذ کرد. نیوزیلند در فوریه ۲۰۲۰ با گسترش بیماری مواجه شد. یکی از اقدامات مؤثر نیوزیلند، بستن سریع مرزها برای جلوگیری از ورود کووید به این کشور بود و تنها شهروندان و مقیمان دائمی اجازه ورود به این کشور را داشتند. قرنطینه ۱۰ روزه برای همه ورود و خروج‌ها حتی برای افراد بدون علائم در نظر گرفته شد. نقض قرنطینه توسط مردم جرم محسوب می‌شد. آن‌ها یک کمیته هماهنگی ملی برای واکنش به شیوع بیماری برای کنترل وضعیت ایجاد کردند [۱۹، ۲۰]. مشارکت سازمانی نیز مورد استفاده قرار گرفت. تمامی مراکزی که پتانسیل تجمع مردم را داشتند تعطیل و فعالیت‌ها متوقف شد. همه فعالیت‌ها در سیستم کووید-۱۹ بارگذاری و ارزیابی شدند [۲۱]. چین و نیوزیلند سیاست‌های بسیار کنترل‌شده‌ای در برابر کووید-۱۹ داشتند. این تحقیق چین و نیوزیلند را به‌عنوان نماینده کنترل شدید کووید-۱۹ در نظر می‌گیرد. توصیه‌های مربوط به سیاست قرنطینه برای اولین بار در ۱۶ مارس توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری در آمریکا منتشر شد [۲۲، ۲۳]. ایتالیا نیز در فوریه ۲۰۲۰ با افزایش شیوع بیماری مواجه شد. آمریکا و ایتالیا سیاست‌هایی مانند محدودیت سفر برای بسیاری از اتباع خارجی و توصیه‌های مربوط به سیاست قرنطینه را با تأخیر اتخاذ کردند. در ایتالیا دستگاه‌ها برای نقض قوانین مربوط به قرنطینه، جواب‌گو نبودند. این تحقیق آمریکا می‌گیرد. اولین عفونت و مرگ ناشی از کووید-۱۹ در ایران در ژانویه ۲۰۲۰ و در مصر در ۱۴ فوریه ۲۰۲۰ اعلام شد، ولی سیاست قرنطینه در این کشورها اجرا نشد. این دو کشور به‌عنوان نماینده کنترل ضعیف کووید-۱۹ در نظر گرفته شدند [۱۳، ۲۴]. در ایران در ابتدا محدودیت‌های تردد در مناطق و شهرها اعمال نشد. دولت مصر نیز خطر ویروس کرونا را جدی نگرفت و تقریباً تا نیمه سال ۲۰۲۰ همه کسب‌وکارها و فعالیت‌های دولتی و

۳۵ سال، ۲۶/۸ درصد ۳۵ تا ۴۵ سال و ۶۲ درصد بالاتر از ۴۵ سال داشتند. ۶ درصد پاسخ‌گویان سابقه کار ۱۰ سال و کمتر، ۱۹/۲ درصد سابقه کار ۱۱ تا ۲۰ سال، ۶۴/۴ درصد سابقه کار ۲۱ تا ۳۰ سال و ۴/۴ درصد سابقه کاری بالاتر از ۳۰ سال داشتند. ۱۰ درصد پاسخ‌گویان در رشته مدیریت، ۸۸/۸ درصد در رشته‌های علوم پزشکی و ۱/۲ درصد در رشته جامعه‌شناسی مشغول به فعالیت بودند ۲۸ درصد پاسخ‌گویان مرتبه علمی استاد، ۱۰/۴ درصد دانشیار، ۱۹/۲ درصد استادیار و ۶۷/۶ درصد مربی بودند. ۵/۶ درصد از پاسخ‌گویان از دانشگاه خوارسگان، ۴/۸ درصد از دانشگاه کاشان و ۸۹/۶ درصد از دانشگاه علوم پزشکی کاشان بودند.

در آغاز سال ۲۰۲۰ میزان مبتلایان در چین به سرعت افزایش یافت. شیوع کووید-۱۹ در ۲۳ ژانویه ۲۰۲۰ اتفاق افتاد. توصیه‌های مربوط به سیاست قرنطینه برای اولین بار در ۱۶ مارس توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری منتشر شد [۱۷]. پارامترهای اپیدمیولوژیک ۶ کشور براساس مطالعات نشان داد کشورهای مورد مطالعه نرخ انتشار متمایز و نرخ بهبودی بسیار متفاوتی داشتند [۱۵]. چین و نیوزیلند بالاترین میزان بهبودی و پس از آن آمریکا و ایتالیا و در رتبه آخر مصر و ایران قرار داشتند. جدول شماره ۳ اطلاعات پایه مربوط به ایران و سایر کشورها را تا ۲۸ دسامبر ۲۰۲۲ نشان می‌دهد. براساس این جدول ایران با ۱۹/۱۳ درصد بیشترین میزان مرگومیر، آمریکا با ۱۰/۸۸ درصد رتبه دوم و نیوزیلند با ۱/۱۳ درصد کمترین میزان مرگومیر را داشته‌اند. ایتالیا با ۴۱/۵۲ درصد بالاترین میزان ابتلا و پس از آن نیوزیلند با ۳۸/۹۷ درصد قرار دارد. با این حال نیوزیلند توانست اقدامات مؤثری برای کنترل این بیماری انجام داده و رتبه اول را در مقابله مؤثر با این بیماری همه‌گیر به دست آورد. مصر کمترین میزان آلودگی را در بین کشورهای مورد مطالعه داشت، اما بعداً اقدامات جدی از طرف دولت برای کنترل بیماری انجام نشد [۱۷، ۱۸].

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

جدول ۴. میزان آلفای کرونیباخ و ضریب کندال مراحل دلفی

مراحل دلفی	دور اول دلفی	دور دوم دلفی	دور سوم دلفی
میزان آلفای کرونیباخ	۰/۷۸۷	۰/۸۳۳	۰/۸۵۲
ضریب کندال	۰/۴۵۵	۰/۶۴۸	۰/۷۵۰
کای اسکوتر	۲۲/۷۸۱	۴۲/۲۰۹	۷۲/۷۸۱
سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

در تجمعات جمعی می‌شد، به‌طور مداوم با کاهش بیشتر در بروز کووید-۱۹ مرتبط بود. در ایتالیا و ایران در مقطعی این امر نادیده گرفته شد [۲۷، ۲۸]. از نظر پیشگیری، نیوزیلند و چین با واکسیناسیون به‌موقع شیوع این بیماری را کنترل کردند. در آمریکا در مقطعی به قرنطینه و واکسیناسیون توجهی نشد. با گسترش بیماری و افزایش تعداد بیماران، توجه ویژه‌ای به مسائل مربوط به همه‌گیری شد. ایران و ایتالیا و مصر برنامه‌های واکسیناسیون را با تأخیر در دستور کار خود قرار دادند که منجر به همه‌گیری شدید بیماری شد که با تضعیف وضعیت اقتصادی مردم نیز همراه بود. در حالی که نیوزیلند و چین با برنامه‌ریزی و هماهنگی جامع و دقیق بین ملت و دولت، با شیوع کووید-۱۹ و برخورد با افراد آسیب‌دیده مقابله کردند [۲۹، ۳۰]. در ایران محدودیت و کاهش ایاب‌وذهاب وجود نداشت و در نتیجه شیوع بیماری، بی‌اعتمادی به آمار رسمی افزایش یافت. کمیته‌های

خصوصی برپا و همچنان مراکز تاریخی و تفریحی باز بود، اما با گسترش شیوع کرونا، دولت ابتدا مدارس و دانشگاه‌ها، سپس مراکز سیاحتی و تفریحی را تعطیل کرد و به دنبال آن هرگونه اجتماعات دینی و مذهبی، همچون نماز جماعت و جمعه و برپایی هرگونه مراسم جشن یا عزا و عروسی را ممنوع اعلام کرد [۲۵]. براساس اطلاعات سازمان بهداشت جهانی در پایان دسامبر ۲۰۲۰، تقریباً ۸۰ درصد کشورها در مورد سیاست‌های محل کار در مقابله با همه‌گیری، فعالیت‌های خود را کاهش داده بودند. کاهش شیوع کووید-۱۹ مرتبط با مداخلات فاصله‌گذاری فیزیکی در کشورهای با درآمد بالا (تولید ناخالص داخلی سرانه بالاتر) و آن‌هایی که آمادگی قوی‌تری برای همه‌گیری داشتند، بیشتر بود (شاخص امنیت سلامت کشور) [۱۵، ۲۶]. این امر در کشورهای چین، نیوزیلند و آمریکا که در مقطعی قرنطینه را اجرا کردند قابل مشاهده بود. ترکیب‌های مداخله‌ای که شامل محدودیت‌هایی

جدول ۵. مقادیر بارهای عاملی مضامین پایه و مضامین سازمان‌دهنده و آزمون فریدمن

مضامین فراگیر	میانگین رتبه‌ای	رتبه	مضامین پایه	بار عاملی	Z	P	میانگین رتبه‌ای	رتبه
سیاست‌های مدیریتی	۲	دوم	اجتماعی	۰/۹۰۲	۶/۷۵۲	۰/۰۰۱	۵/۱۹	
			مدیریتی	۰/۹۱۲	۴/۶۵۸	۰/۰۰۱	۶/۰۲	
			فاصله‌گذاری	۰/۸۱۹	۶/۵۱۴	۰/۰۰۱	۷	
			ارتباطات	۰/۹۶۹	۶/۳۰۰	۰/۰۰۱	۷/۴۷	اول
سیاست‌های بهداشتی درمانی	۲/۴۲	اول	آموزشی	۰/۸۷۳	۶/۷۷۶	۰/۰۰۱	۶/۰۸	
			مدیریت بحران	۰/۹۰۳	۶/۷۳۲	۰/۰۰۱	۶/۱۴	
			واکسیناسیون	۰/۹۱۲	۴/۷۵۸	۰/۰۰۱	۶/۴۵	
			پیشگیری بهداشت	۰/۸۹۹	۶/۵۷۴	۰/۰۰۱	۶/۷۷	
سیاست‌های اقتصادی حمایتی	۱/۵۷	سوم	درمان	۰/۹۶۹	۶/۳۰۰	۰/۰۰۱	۷/۲۰	سوم
			مدیریت منابع	۰/۸۳۷	۶/۷۱۶	۰/۰۰۱	۷/۰۸	
			پژوهشی	۰/۸۰۱	-	-	۷/۴۲	دوم
سیاست‌های اقتصادی حمایتی	۱/۵۷	سوم	اقتصادی	۰/۸۹۱	۶/۷۲۵	۰/۰۰۱	۵/۱۶	
			حمایتی	۰/۸۷۱	۶/۷۲۵	۰/۰۰۱	۵/۷۶	

خود، بسته‌های مالی و پولی بی‌سابقه‌ای را در راستای مقابله با تأثیر اقتصادی و اجتماعی کرونا به کار بستند. در ایران به دلیل وضعیت اقتصادی کشور، حمایت‌های مالی انجام نشد [۴۲].

مقابله با کووید به عنوان اینفودمی^۷

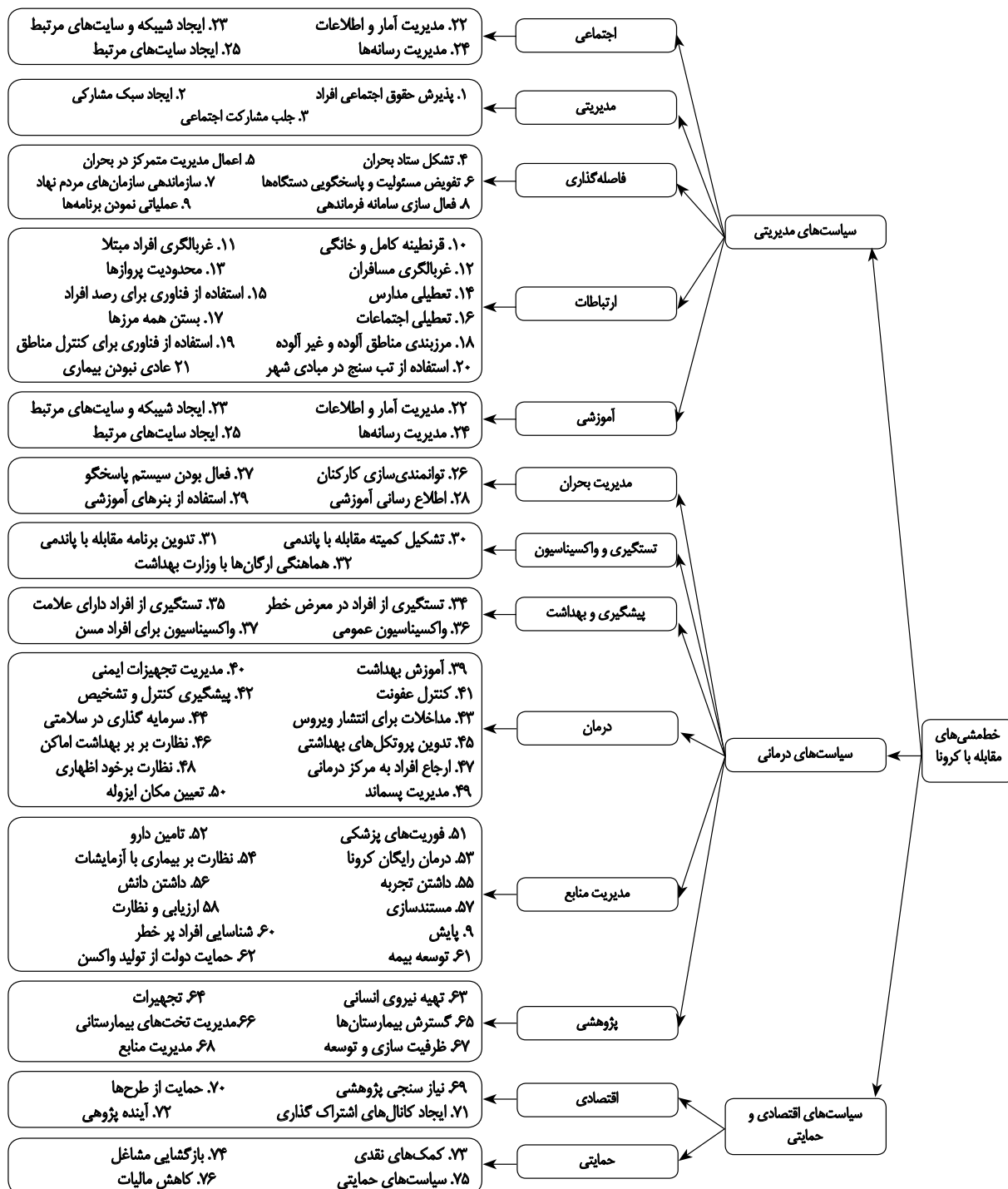
از موارد دیگر قابل‌بحث مسئله اینفودمی در کشورهاست. در حالی که سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از کشورها تلاش خود را برای کاهش سرعت شیوع بیماری کووید-۱۹ انجام می‌دهند، دنیا با شیوع پدیده «همه‌گیری جهانی اطلاعاتی» که از آن به اینفودمی تعبیر شده مواجه شد. به طوری که اطلاعات زیادی در رابطه با ابعاد مختلف همه‌گیری کووید-۱۹ و روش‌های کنترل و پیشگیری و پیامدهای آن از طریق رسانه‌های اجتماعی، شبکه‌های تلویزیونی و خبرگزاری‌ها بدون اینکه صحت آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد، منتشر شد. استفاده از رسانه‌های اجتماعی و سطح پایین سواد سلامت به عنوان دلایل اصلی اینفودمیک و فرایند انتشار سریع شناسایی شدند. علل دیگر ایدئولوژی، اطلاعات بیش‌ازحد، مشوق‌های مالی و قرنطینه در مقیاس بزرگ بودند. علاوه بر این، دایره باطل رفتارهای شایعه‌پراکنی انسانی و روانی (مانند اضطراب، پریشانی، ترس) به عنوان ویژگی اینفودمیک ظاهر شد [۴۳].

در جلوگیری از گسترش اپیدمی‌ها در همان زمان، اطلاعاتی در مورد کووید-۱۹ تأثیر منفی بر مردم جامعه داشته، در حالی که برخی از اطلاعات صحیح بوده و بخش قابل توجهی نادرست بوده است [۳۵]. چن و همکاران مدل‌های مختلف برای یادگیری را بررسی و بیان کردند اطلاعات غلط به زبان چینی و انگلیسی در نظرات کاربران در رسانه‌های اجتماعی گزارش شده است که تشخیص اخبار جعلی به دلیل توانایی در استخراج اطلاعات معنایی و جامع از متن، قابل بررسی بود [۴۲]. یک نظرسنجی آنلاین مقطعی از ۳۱ ژانویه تا ۹ ژانویه ۲۰۲۰ که در دوره زمانی در مرحله اولیه شیوع همه‌گیری در چین انجام شد، انتشار اطلاعات غلط از این بیماری با سطح بالایی از عدم اطمینان را نشان داد. به عنوان مثال، شایعه‌ای مبنی بر اینکه نوشیدن شراب می‌تواند ویروس کرونا را از بین ببرد ممکن بود منجر به بروز خطرات برای سلامتی ناشی از نوشیدن بیش از حد شود. علاوه بر این، اطلاعات نادرست در مورد ساکنان ۳۱ استان چین که دیگر نیازی به پوشیدن ماسک ندارند، مانع از محافظت افراد در برابر خطرات عفونت می‌شد. برای جلوگیری از آسیب‌های ناشی از اطلاعات نادرست، پردازش سیستماتیک اطلاعات کووید-۱۹ در مراحل اولیه بیماری از اهمیت زیادی برخوردار بود که دولت چین آن را انجام داد. شائو و دیگران نقش ربات‌های توثیتری را در جعل اخبار مربوط به کرونا در آمریکا و اروپا گزارش کرده‌اند. روتا و همکاران اخبار جعلی مرتبط به کرونا را در ایتالیا با خوردن

مقابله با بحران همه‌گیری در همه کشورهای مورد مطالعه تشکیل شد، ولی پیگیری فعالیت‌ها و ارزیابی اقدامات در کشورهای ایتالیا و ایران و مصر ضعیف بود. این امر در کشورهای نیوزیلند و چین و در مقطعی در کشور آمریکا به خوبی پیگیری شد [۳۱]. [۳۲]. استراتژی‌های مدیریت منابع در هر بحرانی از موارد بسیار با اهمیت هستند [۳۳]. منابعی مانند نیروی انسانی، تجهیزات و بیمارستان‌ها، در بحران کووید-۱۹ نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای داشتند [۳۴]. نیوزیلند و چین و آمریکا و ایتالیا توانستند از ظرفیت‌های خود به نحو احسن استفاده کنند و با گسترش شیوع همه‌گیری، طرح گسترش بیمارستان‌ها و آزمایشگاه‌ها را اجرا کردند. مصر نیز توانست تا حدودی امکانات و تجهیزات خود را در مقابله با کووید-۱۹ افزایش دهد. ایران توانست نیروی انسانی را افزایش دهد، ولی به دلیل تحریم نتوانست امکانات و تجهیزات را افزایش دهد [۳۵-۳۷]. به عنوان بخشی از پاسخ سازمان جهانی بهداشت، طرح پژوهش برای تسریع در تشخیص واکسن‌ها و درمان‌های ویروس کووید-۱۹ در کشورها فعال شد. این طرح با هدف بهبود هماهنگی بین دانشمندان، تسریع روند تحقیق و توسعه، توسعه هنجارها و استانداردهای جدید برای یادگیری و بهبود واکنش جهانی است [۹]. دانشمندان در مورد کووید-۱۹ در مقر سازمان بهداشت جهانی در ژنو در ۱۱ و ۱۲ فوریه ۲۰۲۰ برای ارزیابی سطح دانش فعلی و برای تسریع و تأمین بودجه تحقیقات اولویت‌دار برای کاهش شیوع و آماده‌سازی برای آن‌هایی که در زمینه تحقیقات همکاری دارند بر سر ۲ هدف توافق کردند: اولین مورد تسریع تحقیقات نوآورانه برای کمک به مهار شیوع بیماری همه‌گیر و تسهیل مراقبت برای افراد آسیب‌دیده بود، دوم حمایت از اولویت‌های تحقیقاتی بود که به پلتفرم‌های تحقیقاتی جهانی کمک می‌کند. به این امید که از واکنش همه‌گیری کنونی برای آمادگی بهتر برای همه‌گیری پیش‌بینی‌نشده بعدی درس بگیرند [۳۷، ۳۸].

طرح توسعه واکسن، تحقیق در مورد درمان‌های دارویی و کانال‌های تقویت‌شده برای به اشتراک‌گذاری اطلاعات بین کشورها در کشورهای نیوزیلند، چین، ایتالیا و آمریکا مشاهده شد، ولی اطلاعاتی در مورد شرکت ایران و مصر جهت تبادل اطلاعات در کانال‌های مشترک به دست نیامد [۳۹]. با گسترش شیوع بیماری، سامانه مدیریت بحران کشورها فعال شد. نیوزیلند و چین سازمان‌های مردم‌نهاد را جهت کمک درگیر کردند. آمریکا با تجهیز امکانات ایالت‌ها را مسئول مقابله با کووید-۱۹ معرفی کرد. دولت‌های ایتالیا و مصر و ایران نیز نقش حمایتی داشته و با بسیج نیروهای مردمی، در حالی که مسئولیت اصلی به عهده دولت بود، سازمان‌های مردم‌نهاد را جهت کمک درگیر کردند [۴۰، ۴۱]. نیوزیلند، چین، آمریکا و ایتالیا در راستای برنامه‌های حمایتی از اقتصاد کشور در شرایط گسترش بیماری، با اختصاص وام بدون بهره تا سقف ۱۰۰ هزار دلار به مشاغل در ایام قرنطینه موافقت کردند. اکثر دولت‌ها برای محافظت از کار و معیشت مردم

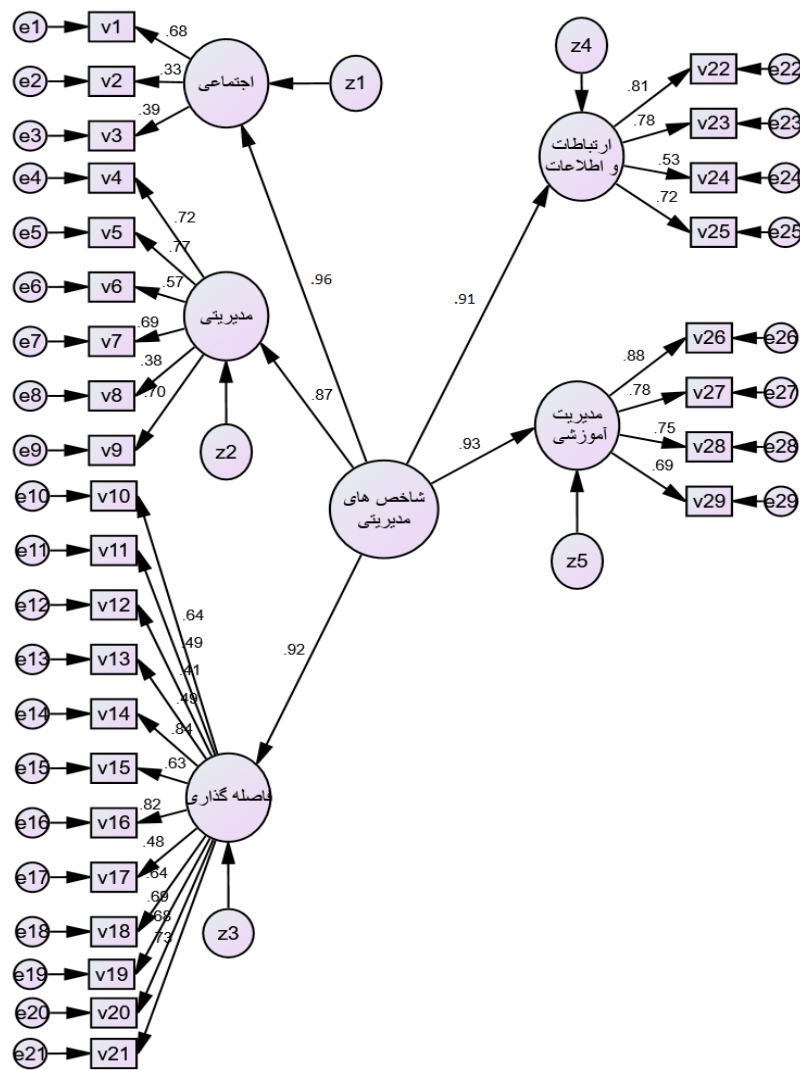
7. Infodemic



تصویر ۱. نمودار مدل مفهومی تحقیق

پیشگیری و محافظت و روش‌های انتقال بیماری بوده است [۴۵]. یکی از مهم‌ترین عوامل گسترش شایعات در دسترس نبودن اطلاعات درست در ایران بود. درحالی‌که آمار درست مبتلایان، تلفات، تست‌ها و رفت‌وآمدها در کشورهای دیگر روزانه منتشر می‌شد، تقریباً هیچ‌یک از این داده‌ها در ایران در دسترس نبود. آمار دقیق مرگ‌ومیر استانها پخش نشد. حتی اطلاعات اقتصادی ایران در دوران کرونا در سطح جهانی در دسترس نیست. از سوی

شراب، از طریق گوگل بررسی کردند [۴۴]. الحداد و همکاران یک مجموعه دوزبانه انگلیسی عربی از توییت‌های اخبار جعلی مرتبط با کرونا را در کشورهای عربی و مصر ارائه داده‌اند. در ایران، اخبار جعلی مبنی بر اینکه الکل درمان کووید است، منجر به مرگ‌ومیر و بستری شدن در بیمارستان شد [۴۱]. باستانی و همکاران معتقدند اخبار جعلی مرتبط با کرونا در ایران مربوط به آمار بیماری، روش‌های درمان، واکسیناسیون، داروها، روش‌های



تصویر ۲. شاخص‌های ارزیابی مدل عاملی مضمون سازمان‌دهنده سیاست‌های مدیریتی

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد از نظر پاسخ‌گویان، بالاترین میانگین با ۶/۳۲ مربوط به شاخص‌های ارتباطات و اطلاعات و پایین‌ترین میانگین با ۶/۰۴ مربوط به شاخص‌های اقتصادی و حمایتی بوده است. جهت سنجش روایی ابزار پژوهش از شیوه روایی سازه و باتوجه به شبکه مضامین استخراج‌شده کیفی از تکنیک تحلیل عاملی تأییدی نیز استفاده شد. به عبارت دیگر جهت بررسی اعتبار عاملی ابزارهای سنجش مضامین اصلی پژوهش، از رویکرد تحلیل عاملی و تکنیک مدل‌سازی کوواریانس محور استفاده شد.

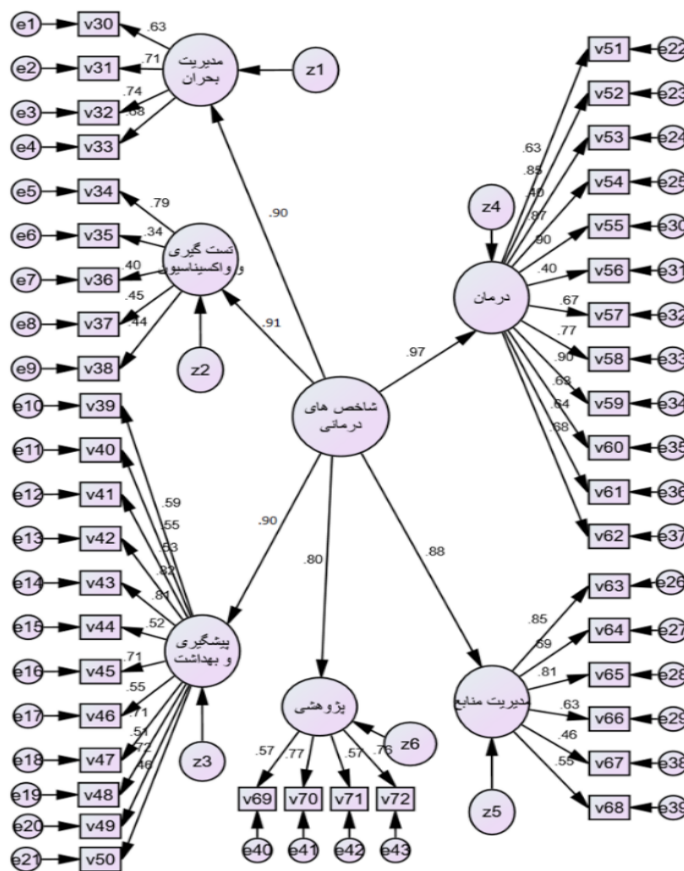
شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل عاملی در مجموع بیانگر این هستند که برازش داده‌ها به مدل برقرار است (تصویر شماره ۱). همه شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل عاملی با مد نظر قرار دادن مقادیر مطلوب به این شاخص‌ها دلالت بر مطلوبیت مدل عاملی مضامین سازمان‌دهنده مدیریتی، بهداشتی‌درمانی و اقتصادی دارند (تصویرهای شماره ۲، ۳ و ۴).

دیگر به تعارض اظهارات بین مسئولین ستاد مبارزه با کرونا و وزارت بهداشت با دیگر ارگان‌ها می‌توان اشاره کرد که به افزایش اخبار جعلی در این زمینه کمک کرد [۴۶].

یافته‌های کمی تحقیق

در این مطالعه کشورهای آمریکا، نیوزیلند، مصر، ایتالیا، چین و ایران از نظر خط‌مشی‌های به‌کاررفته در مقابله با کرونا مورد بررسی قرار گرفتند. پس از انجام ۳ مرحله دلفی، آزمون کندال در هر مرحله انجام شد.

باتوجه به جدول شماره ۴ ضریب کندال در هر مرحله افزایش داشته است و باتوجه به کمتر بودن مقدار سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ می‌توان گفت ضریب توافقی کندال معنادار بوده است و در سطح اطمینان ۹۵ درصد اتفاق نظر بین خبرگان در هر سه مرحله وجود داشته است. براین اساس می‌توان مدل مفهومی تحقیق را مطرح کرد.



تصویر ۳. شاخص های ارزیابی مدل عاملی مضمون سازمان دهنده سیاست های بهداشتی درمانی

به ترتیب شاخص های ارتباطات و اطلاعات در بالاترین رتبه و شاخص های اقتصادی و حمایتی در پایین تر قرار دارد.

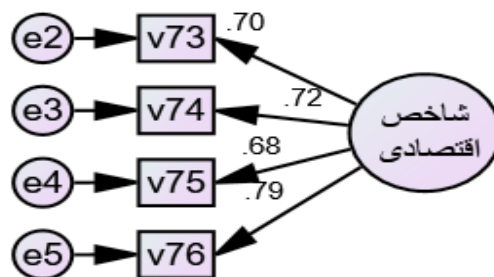
مقادیر مربوط به برآورد آزمون فریدمن در جدول شماره ۵ بیانگر این است:

بحث

این پژوهش با هدف بررسی خط مشی های مقابله با کرونا در ۶ کشور چین، آمریکا، مصر، نیوزیلند، ایتالیا و ایران انجام شد. نتیجه پژوهش نشان داد ۳ عامل تخمین پارامترهای انتشار بیماری، ردیابی تماس ها، واکسیناسیون و اقدامات پزشکی، از عوامل کنترل مقابله با همه گیری هستند. در مطالعه امرایی و همکاران که با عنوان «سیاست های کنترلی در ایران، کره جنوبی، چین و آلمان در برابر کووید-۱۹ انجام شد، مشاهده شد محدودیت در سفر و غربالگری

الف) در رابطه با مضامین فراگیر تفاوت معنی داری بین این مضامین به لحاظ رتبه وجود دارد ($P \leq 0/05$). به عبارت دیگر با مد نظر قرار دادن میانگین رتبه این مضامین، می توان گفت به ترتیب سیاست های بهداشتی درمانی در بالاترین رتبه و سیاست های اقتصادی در پایین ترین رتبه قرار دارد.

ب) در خصوص مضامین سازمان دهنده تفاوت معنی داری بین این مضامین به لحاظ رتبه وجود دارد ($P \leq 0/05$). به عبارت دیگر با مد نظر قرار دادن میانگین رتبه این مضامین می توان گفت



تصویر ۴. شاخص های ارزیابی مدل عاملی مضمون سازمان دهنده سیاست های اقتصادی

مدیریت کارآمدی برای پیشگیری، شناسایی و درمان داشته باشند، همگی سابقه و تجربه مقابله با اپیدمی‌های سال‌های قبل را داشتند. همچنین اقدام سریع و درک موقعیت بحرانی به آن‌ها برای کاهش خسارت‌های جانی و مالی کمک کرد. نتیجه این تحقیق با مطالعه ما همخوانی دارد [۲۶].

کامل و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «دانش، ادراکات و نگرش مصریان نسبت به بیماری جدید کروناویروس» اعلام کردند مصر انجام قرنطینه و محدودیت تجمعات را در کشور با تأخیر انجام داد و این امر اهمیت قرنطینه را در گسترش شیوع بیماری نشان می‌دهد [۱۸]. البته واکسیناسیون موجب شد تعداد فوتی‌های کرونا در مصر در حدود ۴۷ درصد کاهش پیدا کند و دلیل اصلی این موضوع واکسیناسیون گسترده در این کشور بود. نتیجه این تحقیق با مطالعه ما همخوانی دارد [۱۲].

نتیجه‌گیری

مطالعات نشان داد اقدامات مناسب مهار شامل، ردیابی تماس‌ها، اقدامات محدودکننده و اجرای سیاست قرنطینه و خدمات پزشکی، شامل واکسیناسیون و آزمایش و ارزیابی پارامترهای اپیدمیولوژیک در زمان انتقال بودند. پارامترهای اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد در بین کشورهای مورد مطالعه، هر ۶ کشور نرخ انتشار با اختلاف زیاد نداشتند، ولی نرخ بهبودی بسیار متفاوت بود و این امر مؤثر بودن اقدامات دولت را در کنترل بیماری نشان می‌دهد. در این مطالعه چین و نیوزیلند با اقدامات مهار و واکسیناسیون به‌موقع موفق به کنترل همه‌گیری شدند. در مقابل، عدم محدودیت رفت‌وآمد و مقاومت در برابر تزریق واکسن در کشورهای آمریکا، ایتالیا، مصر و ایران منجر به پیامدهای ناگواری از نظر آلودگی و مرگ‌ومیر شد.

محدودیت‌های مطالعه: پژوهش بین ۶ کشور انجام شد و کشورهای دیگر در این مطالعه قرار نداشتند. ارائه پرسش‌نامه به کشورهای مورد مطالعه مقدور نبود و مضامین مورد نظر فقط توسط خبرگان و صاحب‌نظران ایران تأیید شد. در این مطالعه مجموعه‌ای از مهم‌ترین سیاست‌ها به عنوان شاخص‌های مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند، شاخص‌های دیگری نیز هستند که در پژوهش حاضر با توجه به عدم دسترسی به اطلاعات دقیق مد نظر قرار نگرفتند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این طرح با کد اخلاق و با شناسه منحصر به فرد IR.IAU.KHU-1402.099 ISF.REC. به وسیله شورای تحقیقات علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) در مقطع دکترای مدیریت دولتی در تاریخ ۱۴۰۱/۲/۲۵ با کد ۱۶۲۶۳۱۲۱۰ به تصویب رسیده است.

گسترده بیماری به‌عنوان یکی از اقدامات موفق انجام‌شده توسط دولت ایران در کنترل تردد و شناسایی افراد بوده است. نتیجه تحقیق با مطالعه ما همخوانی ندارد [۲۸]. رثوفی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «همه‌گیری کووید-۱۹ و اطلاع از دانش تطبیقی سیاست‌های سلامت در ایران» بیان می‌کنند که ایران برای مقابله با کووید سیاست‌های بومی خود را تدوین کرده، اما در پیش گرفتن رویکردی نامتناسب با وضعیت موجود در مورد مدیریت این بیماری از سوی دولت و جامعه و نیز ناکافی بودن تجهیزات پیشگیری و احیا و در نهایت، تأخیر در تصمیم‌گیری‌های قاطع حاکمیتی بزرگ‌ترین چالش‌ها در سیاست‌گذاری برای مبارزه با این بیماری بودند. نتیجه تحقیق با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۴۷].

دای و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «واکنش مداخله‌ای در بحران پنومونی کرونا در سال ۲۰۱۹ در چین» نشان دادند ایجاد محدودیت و فاصله‌گذاری اجتماعی در بین جامعه از اقداماتی است که می‌تواند مانع از شیوع و انتقال بیماری شود. نتیجه تحقیق با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۲].

هال و همکاران در مطالعه‌ای با «عنوان بیماری‌های واگیر در بخش پزشکی ارتش ایالات متحده» بیان کردند در آمریکا برای چندین هفته آزمایش غربالگری به‌صورت محدود انجام شد و فقط افراد در معرض خطر مورد تست قرار گرفتند. تردید برای اعلام شرایط اضطراری در مناطق مختلف مشکلات زیادی را به وجود آورد و در نتیجه برای استفاده از کیت‌های تشخیص کووید-۱۹ زمان زیادی از دست رفت. در ایالات مختلف تعداد زیادی تست مثبت گزارش شد که علت آن انجام تعداد تست‌های زیاد و جمعیت بیشتر در این کشور بود [۱۹].

در مطالعه ولی عینی و همکاران، ۹۱/۳ درصد افراد بیان کردند بعد از دسترسی به واکسن مایل به تزریق آن هستند. از میان آنان ۵۲/۲ درصد بیان کردند به محض دسترسی به واکسن مایل به واکسینه شدن هستند، اما ۴۷/۸ درصد آنان مایل به تأخیر در تزریق بودند تا ایمنی واکسن تأیید شود. در نتیجه تحقیق حاضر، مقاومت در برابر تزریق واکسن، در آمریکا، ایتالیا، ایران و مصر وجود داشته است. نتیجه پژوهش ما با مطالعه ولی عینی همخوانی دارد [۳۹].

احمدی‌پور در پژوهشی به مطالعه چند کشور چین، سنگاپور، ایتالیا، ترکیه و ایران پرداخته و به این نتیجه رسیده که انجام توصیه‌های جهانی به شکل واقعی و منظم و همراهی مردم بهترین راه مقابله با شیوع کرونا است. نظارت سریع، قرنطینه و اقدامات فاصله اجتماعی، استفاده از ماسک، تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها، از جمله اقدامات پیشگیرانه‌ای است که به قطع انتقال ویروس کرونا کمک می‌کنند. نتیجه این تحقیق با مطالعه ما همخوانی دارد [۴۶].

پولادی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی مدیریت کارآمد کشورهای مختلف در همه‌گیری کووید-۱۹» بیان کردند کشورهایی که در همه‌گیری کروناویروس جدید توانستند

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه خانم منیژه کدخدایی در دانشکده مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بوده و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی‌سازی: همه نویسندگان؛
روش‌شناسی، تحلیل تحقیقی و بررسی منابع، نگارش پیش‌نویس:
منیژه کدخدایی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.



References

- [1] CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 69(12):343-6. [PMID]
- [2] Kadhodaei M, Sharif MR, Saba MA, Mousavi GA. Assessing the nosocomial infections'rate and the antibiotic resistance pattern among the patient hospitalized in Beheshti Hospital during 2013. *Int Arch Health Sci.* 2018; 5(1):11 5. [DOI:10.4103/iahs.iahs_39_17]
- [3] No Author. Hong Kong declares a state of emergency in response to five confirmed coronavirus cases. 2020.
- [4] Chen Y, Zhou M, Hu L, Liu X, Zhuo L, Xie Q. Emergency reconstruction of large general hospital under the perspective of new covid-19 prevention and control. *Wien Klin Wochenschr.* 2020; 132(21-22):677-84. [DOI:10.1007/s00508-020-01695-w] [PMID]
- [5] Padlee SF, Reimers V, Mokhlis S, Anuar MM, Ahmad A. Keep up the good work in research universities: An importance-performance analysis. *Australas Mark J.* 2020; 28(2):128-38. [DOI:10.1016/j.ausmj.2019.10.002]
- [6] The Atlantic. The COVID tracking Project. Washington: The Atlantic; 2020. [Link]
- [7] World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: Interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. [Link]
- [8] American College of Cardiology. Chinese clinical guidance for covid-19 pneumonia diagnosis and treatment. Washington: American College of Cardiology; 2020. [Link]
- [9] World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020. [Link]
- [10] World Health Organization. Covid-19 Strategy Update. Geneva: World Health Organization; 2020. [Link]
- [11] Balsari S, Buckee C, Khanna T. Which Covid-19 data can you trust? Massachusetts: Harvard Business Publishing; 2020. [Link]
- [12] Dye TR. Understanding public policy. London: Pearson Education Inc; 2005. [Link]
- [13] Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature.* 2020; 584(7820):257-61. [DOI:10.1038/s41586-020-2405-7] [PMID]
- [14] WHO. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-Covid). Geneva: WHO; 2020. [Link]
- [15] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. [Link]
- [16] WHO. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report - 11. In: International WHO, editor. WHO.
- [17] Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Novel Coronavirus, Wuhan, China:Interim guidance for healthcare professionals. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2020. [Link]
- [18] Kamel MI. A view of the health services after COVID-19: An Egyptian perspective. *Alexandria J Med.* 2020; 56 (1):118-29. [Link]
- [19] Hale T, Hale AJ, Kira B, Petherick A, Phillips T, Sridhar D, et al. Global assessment of the relationship between government response measures and COVID-19 deaths. *MedRxiv.* 2020. [Link]
- [20] Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4):300-2. [DOI:10.1016/S2215-0366(20)30073-0] [PMID]
- [21] Zhang Z, Fu D, Wang J. How containment policy and medical service impact COVID-19 transmission: A cross-national comparison among China, the USA, and Sweden. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2023; 91:103685. [DOI:10.1016/j.ijdrr.2023.103685] [PMID]
- [22] Desson Z, Lambertz L, Peters JW, Falkenbach M, Kauer L. Europe's Covid-19 outliers: German, Austrian and Swiss policy responses during the early stages of the 2020 pandemic. *Health Policy Technol.* 2020; 9(4):405-18. [DOI:10.1016/j.hlpt.2020.09.003] [PMID]
- [23] Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect.* 2020; 105(1):100-1. [DOI:10.1016/j.jhin.2020.03.002] [PMID]
- [24] WHO. Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus. Geneva: WHO; 2020. [Link]
- [25] Yen H, Woodward C. AP fact check: Trump, 'wartime' pandemic leader or 'backup'? New York: The Associated Press; 2020. [Link]
- [26] Pooladi M, Entezari M, Hashemi M, Bahonar A, Hushmandi K, Raei M. [Investigating the efficient management of different countries in the COVID-19 pandemic (Persian)]. *J Mar Med.* 2020; 2(1):18-25. [Link]
- [27] Thunstrom L, Newbold SC, Finnoff D, Ashworth M, Shogren JF. The benefits and costs of using social distancing to flatten the curve for covid-19. *Journal of Benefit-Cost Analysis.* 2020; 11(2):179-95. [Link]
- [28] Amraei M, Faraji Khiavi F. [Control policies in Iran, South Korea, China and Germany against Covid-19: A cross country investigation (Prsian)]. *Payesh* 2020; 19 (6):633-44. [DOI:10.29252/payesh.19.6.633]
- [29] Mosadeghrad AM. [Essentials of healthcare organization and management (Persian)]. Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [Link]
- [30] Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. [Health system governance in Iran: A comparative study (Persian)]. *Razi J Med Sci.* 2019; 26(9):10-28. [Link]
- [31] Wang X, Wang S, Sun L, Qin G. Prevalence of diabetes mellitus in 2019 novel coronavirus: A metaanalysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020; 164:108200. [DOI:10.1016/j.diabres.2020.108200] [PMID]
- [32] Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2):240.e1-9. [DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.009] [PMID]
- [33] Kadhodaei M, Asgari M. The relationship between Burnout and Mental Health in Kashan University of Medical Sciences Staff, Iran. *Archi Hyg Sci.* 2015; 4(1):31-40. [Link]
- [34] Kadhodaei M, Moosavi GA, Seyyedi R. Burnout among the Nurses of Kashan Beheshti Hospital During 2014. *Int Arch Health Sci.* 2019; 6(2):84-8. [DOI:10.4103/iahs.iahs_11_19]
- [35] Mitchell EP. Corona Virus: Global pandemic causing world-wide shutdown. *J Natl Med Assoc.* 2020; 112(2):113-4. [DOI:10.1016/j.jnma.2020.03.015] [PMID]
- [36] United Nations. COVID-19: UN In Egypt launches campaign to curb online rumors. New York: United Nations; 2020. [Link]



- [37] Agheli L, Emamgholipour S. [An analysis of the economic consequences of covid-19 and the functioning of governments' financial packages in its management (Persian)]. *Iran J Cult Health Promot* 2020; 4(1):71-8. [\[Link\]](#)
- [38] WHO. Report of the WHO-china joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020. [\[Link\]](#)
- [39] Valieiny N, Poorcheraghi H, Pashaeypoor S. [Tendency to receive covid-19 vaccine and its associated factors: A systematic review study (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 2022; 17(2):58-73. [\[Link\]](#)
- [40] Wolf LJ, Haddock G, Manstead ASR, Maio GR. The importance of (shared) human values for containing the COVID-19 pandemic. *Br J Soc Psychol*. 2020; 59(3):618-27. [\[DOI:10.1111/bjso.12401\]](#) [\[PMID\]](#)
- [41] Islam MS, Sarkar T, Khan SH, Mostofa Kamal AH, Hasan SMM, Kabir A, et al. COVID-19-related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 103(4):1621-9. [\[DOI:10.4269/ajtmh.20-0812\]](#) [\[PMID\]](#)
- [42] Wang J, Wei H, Zhou L. Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020; 275:125-6. [\[PMID\]](#)
- [43] Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020; 395:(10225):676 [\[DOI:10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X\]](#) [\[PMID\]](#)
- [44] World Economic Forum. How experts are fighting the Coronavirus 'infodemic' [\[Internet\]](#). Geneva: World Economic Forum; 2020. [\[Link\]](#)
- [45] Bastani P, Bahrami MA. COVID-19 related misinformation on social media: A qualitative study from Iran. *J Med Internet Res*. 2020. [\[PMID\]](#)
- [46] Ahamadipour Z, Nasirzade A. [Urban policies in Coronavirus crisis management (Persian)]. *Pol Spat Plan*. 2021; 3(3):163-78. [\[Link\]](#)
- [47] Raoofi A, Takian A, Akbari Sari A, Olyaeemanesh A, Haghighi H, Aarabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Arch Iran Med March*. 2020 ; 23(4):220-34. [\[DOI:10.34172/aim.2020.02\]](#) [\[PMID\]](#)

پرسش‌نامه

فرهیخته گرامی با درود و عرض ادب

پرسش‌نامه دلفی که در پیش رو دارید با برخورداری از پشتوانه علمی به‌منظور دریافت نظرات سازنده شما در راستای مطالعه تطبیقی خط‌مشی‌های مقابله با کووید-۱۹ در ایران و کشورهای منتخب است. بنابراین خواهشمند است به‌عنوان یک صاحب‌نظر دیدگاه خود را درباره اینکه تا چه میزان هر یک از موارد ذکر شده را در شناسایی خط‌مشی‌های مقابله با کرونا لازم می‌دانید براساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، نسبتاً کم، کم، خیلی کم) با علامت ضربدر مشخص فرمایید. همچنین چنانچه شاخصی از نظر شما مناسب است و در پرسش‌نامه حاضر ذکر نشده یا از نظر شما لازم است در بعد و مؤلفه‌های دیگر قرار گیرد یا با شاخصی دیگر هم‌معنا است و یک مفهوم را می‌سنجند، در انتهای هر مؤلفه و یا در قسمت ملاحظات ذکر کنید. از همکاری و مساعدت شما سپاس گزارم.

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:

جنس:

مرد زن

سن:

زیر ۳۵ سال ۳۵-۴۵ سال بالاتر از ۴۵ سال

سابقه کاری:

تا ۱۰ سال ۱۱-۲۰ سال ۲۱-۳۰ سال بالاتر از ۳۰ سال

وضعیت تاهل:

متأهل مجرد

رشته تحصیلی:

نوع مدرک:

استاد دانشیار استادیار هیچ‌کدام

استان:

مضمین فرآیند سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده	مضمین سازماندهنده												
به نظر شما هریک از موارد زیر در سنجش شیوه‌های مقابله با کرونا چقدر اهمیت دارد؟	مدیریت آمار و اطلاعات	ایجاد شبکه و سایت‌های مرتبط	مدیریت رسانه‌ها	ایجاد سامانه‌های ارتباطی	تاچه اندازه باین موارد به عنوان مؤلفه‌های مدیریت ارتباطات موافقت می‌کنید؟	توانمندسازی کارکنان	فعال بودن سیستم پاس‌خگو	اطلاع‌سانی آموزشی	استفاده از بنرهای آموزشی و رسانه‌ها	تاچه اندازه با این موارد به‌عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های مدیریت آموزشی موافقت می‌کنید؟	تشکیل کمیته مقابله با همه‌گیری	تدوین برنامه مدیریت مقابله با همه‌گیری	عملیاتی کردن برنامه‌های مقابله با همه‌گیری و ارزیابی	فعال‌سازی سامانه حوادث بحران پاندمی	تاچه اندازه با این موارد به عنوان مؤلفه‌های مدیریت بحران موافقت می‌کنید؟	تست‌گیری از افراد در معرض خطر دارای علامت	تست‌گیری از تمامی افراد دارای علامت	واکسیناسیون عمومی	واکسیناسیون برای افراد پرخطر	واکسیناسیون برای تمامی افراد مسن	تاچه اندازه با این موارد به‌عنوان مؤلفه‌های تست‌گیری و واکسیناسیون موافقت می‌کنید؟
ارتباطات و اطلاعات	آموزشی	مدیریت بحران	تست‌گیری و واکسیناسیون	آموزش بهداشتی	سیاست‌های مدیریتی	سیاست‌های بحران	سیاست‌های واکسیناسیون	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی	سیاست‌های بهداشتی درمانی
زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد	زیاد
نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد	نسبتاً زیاد
متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط	متوسط
نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم	نسبتاً کم
کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم	کم
خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم

مضمین سازماندهنده	مضامین فراگیر
به نظر شما هریک از موارد زیر در سنجش شیوه‌های مقابله با کرونا چقدر اهمیت دارد؟	مضامین فراگیر
تأمین امکانات در زمینه فوریت‌های پزشکی	درمان
تأمین داروهای موردنیاز درمان کرونا	
درمان رایگان کرونا در مراکز درمانی	
نظارت بر شیوع بیماری با انجام آزمایشات	
داشتن تجربه قبلی مواجهه با اپیدمی	
داشتن دانش تخصصی ویژه بیماری	
مستندسازی تجربیات بالینی	
ارزیابی و نظارت بر درمان	
ارزیابی و نظارت بر درمان	
پایش پاسخ به درمان	
شناسایی افراد پرخطر با بیماری زمینه‌ای	
توسعه و تحت پوشش گرفتن بیمه بیماران	
حمایت دولت از شرکت‌های تولید واکسن و دارو	
تاچه اندازه با این موارد به عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های درمان موافقت می‌کنید؟	
تهیه نیروی انسانی متخصص	
تهیه تجهیزات تشخیص بیماری	
گسترش بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	
مدیریت تخت‌های بیمارستانی	
ظرفیت‌سازی و توسعه منابع	
مدیریت منابع مالی و بودجه	
تاچه اندازه با این موارد به عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های مدیریت منابع موافقت می‌کنید؟	
نیازسنجی پژوهشی	
حمایت و اولویت برای طرح‌های تحقیقاتی مرتبط با همه‌گیری	
ایجاد کانال‌های تقویت‌کننده جهت به اشتراک گذاری اطلاعات بین کشورها	
آینده پژوهی اپیدمی	
تاچه اندازه با این موارد به عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های پژوهشی موافقت می‌کنید؟	

مضمین فراگیر	مضمین سازماندهنده	به نظر شما هریک از موارد زیر در سنجش شیوه‌های مقابله با کرونا چقدر اهمیت دارد؟	خیلی زیاد	زیاد	نسبتاً زیاد	متوسط	نسبتاً کم	کم	خیلی کم
سیاست‌های بهداشتی درمانی	مدیریت منابع	تهیه نیروی انسانی متخصص							
		تهیه تجهیزات تشخیص بیماری							
		گسترش بیمارستان‌ها و مراکز درمانی							
		مدیریت تخت‌های بیمارستانی							
		ظرفیت‌سازی و توسعه منابع							
		مدیریت منابع مالی و بودجه							
		تا چه اندازه با این موارد به‌عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های مدیریت منابع موافقت می‌کنید؟							
		نیازسنجی پژوهشی							
		حمایت و اولویت برای طرح‌های تحقیقاتی مرتبط با همه‌گیری							
		ایجاد کانال‌های تقویت‌کننده جهت به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات بین کشورها							
		آینده‌پژوهی اپیدمی							
		تا چه اندازه با این موارد به‌عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های پژوهشی موافقت می‌کنید؟							
سیاست‌های اقتصادی و حمایتی	اقتصادی	کمک‌های نقدی در کاهش درآمد							
		کمک به بازگشایی مشاغل							
	حمایتی	تدوین سیاست‌های حمایتی							
		انجام کاهش مالیات							
		تا چه اندازه با این موارد به‌عنوان مؤلفه‌های شاخص‌های اقتصادی موافقت می‌کنید؟							