Occupational Medicine Quarterly Journal
Vol. 16, No.1, Spring 2024
Pages: 11-30

فصلنامه علمی تخصصی طب کار
دوره ۱۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳
صفحه: ۳۰-۱۱

شناسایی و اولویت بندی اقدامات کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت بر اساس تکنیک واکاوی حالات نقص و اثرات آن و تاپسیس فازی

محمدصادق ابوالحسنی[۱]، محمد ضیاالدینی*[۲]، محمدعلی نیک‌بخش[۳]

چکیده

مقدمه: اجرای خط مشی اقداماتی است که توسط افراد دولتی و یا بخش خصوصی با هدف تحقق اهداف خط مشی انجام می شود.صاحب نظران متعدد، در تبیین عوامل مؤثر بر اجرای خط مشی و مشکلات اجرای خط مشی عوامل زیادی برشمرده اند و اکثریت آنان بر این باورند که مشکلات اجرای خط مشی با شرایط هر جامعه متفاوت است. اقدامات متعددی منجر به کاهش شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت می شود. هدف از انجام این پژوهش شناسایی و رتبه بندی این عوامل می باشد.

روش بررسی: این پژوهش کاربردی و از حیث راهبرد، پیمایشی بود. جامعه تحقیق را ۲۱ نفر از مدیران حوزه سلامت کشور تشکیل داده اند که از طریق نمونه گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب شده اند. ابزار گردآوری داده ها، مصاحبه و پرسشنامه می باشد و جهت تحلیل داده ها از تکنیک FMEA و رویکرد تلفیقی AHP و TOPSIS فازی استفاده شده است.

نتایج: نتایج پژوهش حاصل نشان داد که خبرگان در مجموع ۱۰ بعد در طیف اقدامات کاهنده شکست شامل عوامل فرهنگی،ارتباطات،ساختاری، روش اجرا ،مدیریتی ،پشتیبانی ،نیروی انسانی/مجریان خط مشی ،جامعه، تدوین خط مشی و محیطی و ۵۰ مولفه اقدامات مهم موثر در کاهش شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت را مطرح نمودند.

نتیجه‌گیری: آنچه در این تحقیق به عنوان اقدامات کاهنده شکست در اجرای این خط مشی ها بیان شد به مدیران و بازیگران حوزه‌ی خط مشی گذاری نظام سلامت کمک می‌نماید تا با شناخت عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی‌های نظام سلامت مانع از بروز مشکل در مسیر اجرای موفق خط‌مشی‌های نظام سلامت گردند.

واژه‌های کلیدی: نظام سلامت، اجرای خط مشی، خط مشی گذاری ،اقدامات کاهنده

[۱] داتشجوی دکتری مدیریت دولتی،گروه مدیریت،واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
[۳] استادیار گروه مدیریت، واحد بندر دیلم، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر دیلم، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۹۱۳۵۵۰ ، پست الکترونیک: mziaaddini@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۱

CC BY- NC 4.0

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

مقدمه

فرایند خط مشی گذاری با پدید آمدن یک مشکل یا به طور دقیق تر با مشاهده تفاوت بین شرایط موجود و مطلوب آغاز می شود. خط مشی، بر مجموعه اقدام های به نسبت پایدار و هدفمند حکومت ها، برای حل یک مشکل عمومی دلالت دارد و مجموعه ای از اقدام های هدفمندی است که توسط بازیگران خط مشی در مواجهه با مشکل یا موضوعی خاص دنبال می شود (۱).اجرای خط مشی در مفهوم کلی به معنای اجرای قانون است که در آن بازیگران، سازمانها، روشها و تکنیک های متفاوت در هم می آمیزد تا اهداف یک برنامه یا خط مشی پیشنهادی را به نتیجه مطلوب و مثبت برسانند .در گذشته اجرا در فرآیند خط مشی گذاری چندان مورد توجه قرار نمی گرفت و علت این بود که در گذشته مرحله اجرا مشکل آفرین تلقی نمی شد و تصور عمومی خط مشی گذاران آن بود که خط مشی ها پس از تنظیم و تصویب اجرا خواهند شد (۲).دانش جدید خط مشی گذاری در پی حداکثر سازی احتمال موفقیت‌ها و حداقل ساختن احتمال شکست‌ها و ریسک‌ها است. باید ریسک‌ها شناسایی‌شده و تلاش شود که از آن‌ها تا حد امکان دوری گردد و در مقابل، رخدادهای مطلوب تعریف و تعیین‌شده و کوشش شود که به آن‌ها دست‌یابیم.در این میان شناخت وقایع و تعیین میزان احتمال وقوع آن‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است.بسیاری از خط مشی‌ها در مرحله‌ی عمل با مشکل روبرو می‌شوند و به طور کامل به مرحله‌ی اجرا نمی‌رسند، علت آن چیست؟ چه بسیار خط مشی‌هایی که در سطوح و جایگاه‌های مختلف خط مشی گذاری و قانون‌گذاری ساخت و تدوین می‌شوند.ولی وقتی در مرحله اجرا قرار می‌گیرند، کارایی و اثربخشی لازم را نداشته و با موانع و مشکلاتی روبرو می‌شوند (۳). قطعا عدم توانایی در اجرای خط مشی می تواند زمینه شکست خط مشی را فراهم آورد. در این خصوص می توان گفت اجرای خط مشی ها از دو حالت خارج نیست؛ گاه اجرای موفق خط مشی حاصل می شود و گاه با شکست در اجرای خط مشی مواجه می شویم.شکست در اجرای خط مشی می تواند در نتیجه ی عدم اجرا یا عدم موفقیت در اجرا باشد/ عدم اجرا به معنی آن است که خط مشی اجرا نمی شود و از دلایل اصلی آن نادیده گرفته شدن عدم قابلیت اجرای خط مشی در مرحله ی خط مشی گذاری است .عدم موفقیت در اجرا نیز حالتی است که سیاست و خط مشی، شرایط کامل برای انجام و اجرا را ندارد و خط مشی نمی تواند به نتایج پیش بینی شده دست یابد .خط مشی اجرا می شود ولی تحقق هدف صورت نمی پذیرد (۴). در پژوهش کشوردوست به بررسی عوامل موثر بر اجرای برنامه پنجم توسعه در ایران در حوزه فرهنگ و بهداشت با تاکید بر نقش اجرا پژوهی در سیاست گذاری عمومی پرداخته شد.دراین پژوهش بر اساس روش توصیفی-تحلیلی و بهره گیری از پرسشنامه و تکنیک TOPSIS و روش تحلیل سلسه مراتبی AHP عوامل موثر بر اجرای برنامه پنجم بررسی شد/نتایج نشان داد عدم اعتماد به برنامه و عدم تعهد به برنامه و فرایند پیچیده و طولانی مدت تدوین برنامه و سیستم کند اداری از مهم ترین موانع اجرای برنامه پنجم توسعه در ایران بوده است(۵).

بسیاری از خط مشی ها بعد از تصویب در مرحله ی ساماندهی و اجرا با ناکامی مواجه شده اند و یا حتی بعضی از آنها قبل از اینکه به مرحله اجرا برسند ،کنار گذاشته می شوند و خط مشی های جدید وضع می گردد،برخی نیز در حین تدوین به کلی منسوخ و به بوته فراموشی سپرده ده اند/بعضی از خط مشی ها نیز اجرا می شوند ،اما آنچه اجرا شده با آنچه که مورد انتظار بوده،همسان نیست(۶). امروزه،ارائه الگویی خاص برای خط مشی گذاری که قادر باشد در شرایط متغیر و متحول، پاسخ گو و کارساز باشد ، عملی نیست/در چنین موقعیتی باید به دنبال الگوهایی بود که در مقابل شرایط متغیر امروز بتوانند از طریق تلفیق و ترکیب و با انعطاف پذیری کافی، به نیازهای جامعه پاسخی مناسب بدهند (۷).

طبق نتایج تحقیقات مختلف، در پاره ای از موارد اجرای برنامه ها، طرح ها و سیاست های عمومی در ایران موفق و رضایت بخش نیست.تجربیات نشان می دهد گاهی مسائل متعددی در اجرای یک خط مشی اتفاق می افتد؛ به طوری که عملاً آن چه که اجرا می شود (البته اگر بشود) با آن چه که تدوین شده است، تفاوت اساسی دارد. به طوری که در عمل به دلیل فقدان ظرفیت اجرای خط مشی، در بسیاری از موارد شاهد موفقیت خط مشی ها نمی باشیم(۸). خط مشی های نظام سلامت نیز از این موضوع استثناء نمی باشند و به نظر می رسد یکی از چالشهای مهم در این خصوص پایین بودن ظرفیت اجرای اینگونه خط مشی ها می باشد چرا که بعضا در مقام

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

تشخیص مسئله و در مرحله تدوین نقص و کمبود عمده ای به چشم نمی خورد اما آنچه مشاهده می شود این است که اگر خط مشی های نظام سلامت به درستی اجرا می شدند و مدل مناسبی جهت ارتقاء ظرفیت اجرای این خط مشی ها در نظام سلامت وجود داشت،امروزه شاهد آشفتگی محیطی در اکثر سازمان های مراقبت های بهداشتی درمانی یا نگرانی در مورد مشکلات سرمایه گذاری در مراقبت های بهداشتی و رشد هزینه ها،تقاضاهای زیاد در زمینه تامین مالی و عدم پوشش مناسب خدمات بهداشتی نبودیم(۹).در پژوهش وحدتی و منتظری نجف آبادی که با رویکرد تحلیل مضمون انجام گردید موانع تحقق اهداف خط مشی ها شناسایی و طبقه بندی گردید/نتایج این تحقیق بیانگر این موضوع بود که اهمیت مشتری (گیرندگان خدمات سلامت) به درستی درک نشده است و منافع شخصی و حزبی در خط مشی گذاری برمنافع ملی و مشتری اولویت پیدا کرده است(۹). مرحله اجرا در خط مشی گذاری بسیار مهم است و غفلت از آن خط مشی گذاری را از درون تهی کرده و بی اثر می نماید.در حقیقت اثرات و پیامدهای یک خط مشی به واسطه اجرای آن به وقوع می پیوندند و اجرای نامناسب خط مشی، تمام امیدها را برای رسیدن به اثرات مورد انتظار خط مشی تدوین شده از بین می برد(۱۰).سیاست گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با دیگر بخش های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده و دارای حساسیت و ویژگی خاصی میباشد(۱۱).خط مشی های حوزه ی سلامت از جمله خط مشی هایی هستند که با توجه به اهمیت آن در کشور همواره مورد توجه بوده و تلاش می گردد تا اجرای آن با موفقیت همراه گردد.از نظر عملی، بررسی خط مشی های حوزه ی نظام سلامت و شناسایی مشکلات و دلایل عدم تحقق اهداف؛ می تواند راهگشای حرکت به سمت تحقق اهداف سند چشم انداز در حوزه ی سلامت برنامه ی هفتم توسعه باشد. بررسی ظرفیت های اجرایی خط مشی های حوزه ی نظام سلامت، می تواند به مدیریت این اهداف نیز کمک نماید و با توجه به پتانسیل محیطی و طبیعی بسیار بالای موجود در کشور و همچنین تاکیدات مقام معظم رهبری در اجرای سیاست های ابلاغی سلامت توسط ایشان توجه به پیشینه تجربی قوی این پژوهش و نظر به معرفی ابعاد مختلف مدیریتی، اجرایی و ساختاری موثر بر روند اجرای خط مشی ها، مدیران وزارت بهداشت و سازمانهای مرتبط را کمک نموده تا ضمن ارتقا ظرفیت های اجرایی، آفت های اجرای حداکثری را به حداقل رسانند/اختلاف دیدگاه و اختلاف برنامه میان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با سازمانهای بیمه گر اصلی و یا وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مسأله ای مهم در برنامه پزشک خانواده بوده است هنوز چالش های سالانه در برنامه تخصیص مالی و پایش عملکرد پزشک خانواده روستایی حل نشده بودند که اختلاف نظرهای جدیدتری در شیوه اجرا، میزان پوشش، حوزه عملکرد و نحوه تأمین مالی پزشک خانواده شهری بروز یافتند. ارایه بر نامه های رقیب از سوی سازمان تأمین مثلاً « درمانگاههای معین «یا » پزشک امین) تنها بخشی از این چالش بوده است. به رغم توافق های رسمی در سطح وزیران و مدیران عالی، چالش ها در سطح استان و شهرستان باقی مانده اند(۱۱).بحث های مشابهی را نیز می توان در زمینه های دیگر مطرح کرد/ نقش و مسؤولیت دانشگاههای علوم پزشکی و سازمانهای بیمه گر در کاهش هزینه از جیب خانوار در هنگام دریافت خدمات چه بوده و چگونه تعامل شده است ؟ بحث های ساختار تعرفه ای و پوشش بیمه ای خدمات درمانی نمونه های دیگری از ضرورت توجه به نقش اجرا در موفقیت یا شکست برنامه های اصلی بهداشت و درمان فراهم میکنند(۱۲).

به خوبی میتوان پیچیدگی تصمیم گیری ها در درون حوزه سلامت کشور را تصور کرد و نیز با توجه به اینکه همیشه با فرض شناسایی مساله و تدوین درست خط مشی ها در نظام سلامت، سؤالاتی در بین مدیران مربوطه در زمینه اجرایی خط مشی های نظام سلامت، تنگناها و مشکلات اجرای اینگونه خط مشی ها و اینکه با چه مدلی می توان عوامل اثرگذار بر اجرای این خط مشی ها را بررسی نمود، وجود دارد/ از سوی دیگر تاکنون به طور خاص نسبت به شناسایی اقدامات کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت کشور مطالعات زیادی انجام نشده است و علت این سهل انگاری این فرض خام است که هر وقت خط مشی توسط دولت ابلاغ شود،به طور حتمی اجرا می شود و به نتایج دلخواه طراحان خواهد رسید و با توجه به اینکه نظام سلامت به عنوان عنصری حیاتی در بافت همه جوامع پذیرفته شده است.از این رو ضرورت انجام مطالعات در این زمینه احساس می شود تا بدین طریق با شناسایی اقدامات کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

در موفقیت سازمانهای مربوطه در اجرای خط مشی و نیز دستیابی به اهداف یاد شده تسهیل گردد.

روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده ها در زمره پژوهشهای میدانی و از حیث راهبرد، پیمایشی است. با توجه به اینکه در این پژوهش ترکیبی از مصاحبه و پرسشنامه برای شناسایی و رتبه بندی عوامل کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت صورت می گیرد، در پژوهش حاضر به طور توامان از دو رویکرد تحقیق کیفی و کمی استفاده می شود .جهت گردآوری داده ها از روش مطالعه کتابخانه ای و میدانی و انجام مصاحبه با خبرگان استفاده می شود.ابزار اصلی گردآوری داده ها در مرحله اول، مصاحبه نیمه ساختار یافته است و طبق آن نسبت به شناسایی ریسک فاکتورهای مختلف(عوامل کاهنده شکست در اجرای خط مشی) اقدام شد. این عوامل بر اساس بررسی متون مندرج در مصاحبه های نیمه ساختاریافته، استخراج شدند و بر اساس آن پرسشنامه محقق ساخته با ۵۰ گویه تدوین و روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت.این پرسشنامه جهت اندازه گیری شاخص های سه گانه اولویت خطا میان خبرگان توزیع شد/ این شاخص ها عبارتند از شدت شکست (یعنی تاثیر هر عامل در کاهش شکست/نقص در اجرای خط مشی های نظام سلامت ،(احتمال رخداد شکست)یعنی میزان مواجهه با این عامل(و قابلیت کشف شکست)یعنی توانایی کشف هر عامل کاهنده شکست،نقص در اجرای خط مشی های نظام سلامت قبل از رخداد آن).همچنین در این تحقیق به منظور مقایسه مولفه های تاثیرگذار در عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت از پرسشنامه مقایسات زوجی نیز استفاده شده است/ جامعه آماری مطالعه حاضر مشتمل بر خبرگان خط مشی گذاری و اجرای خط مشی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های مربوطه ازجمله دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند که هم بر وزارتخانه و هم به عوامل و مؤلفه‌های مؤثر بر خط‌مشی گذاری اشراف دارند و از طریق تکنیک نمونه‌گیری غیر تصادفی و از نوع روش هدفمند انتخاب‌شده‌اند.۲۱ نفر خبرگانی که برای مصاحبه انتخاب شدند، حداقل یکی از این دو ویژگی را داشتند؛ با مقوله تدوین و اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت آشنا بوده و تألیف، تحقیقاتی در این زمینه داشتند؛ و مدیرانی که درزمینه ی اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت در سمت مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی یا ریاست بیمارستان بیش از ۳ سال سابقه فعالیت داشتند.

پس از مشخص نمودن اقدامات کاهنده شکست که از مصاحبه با خبرگان استخراج شد، دسته بندی آنها بر اساس اقدامات مشترک صورت گرفت.بر این اساس در این مرحله عوامل کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت شناسایی شده و با توجه به این عوامل نسبت به تهیه پرسشنامه عوامل کاهنده شکست اقدام گردید. این پرسشنامۀ تدوین‌شده توسط پژوهش‌گر جهت اندازه گیری شاخص های سه گانه اولویت خطا میان خبرگان توزیع شد. مقیاس ارزیابی در این پرسشنامه عبارات کلامی پنج گانه طبق طیف لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد بود.در این گام عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی‌های نظام سلامت رتبه بندی شدند/ به این منظور با در نظر گرفتن وزن مولفه های تاثیرگذار در عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی‌های نظام سلامت، از روش تاپسیس فازی استفاده شد/ هدف اصلی تکنیک تحلیل حالات شکست و آثار آن کشف و اولویت‌بندی حالات بالقوه شکست با محاسبه شاخص درجه اولویت ریسک است که حاصل ضرب سه مفهوم احتمال رخداد شکست، شدت شکست و قابلیت کشف شکست است. این سه فاکتور به وسیله خبرگان براساس مقیاس خاص برآورد می شوند . از آنجا که شاخص درجه اولویت ریسک، معیاری از ریسک شکست است، می‌تواند برای رتبه بندی شکست و اولویت بندی اقدامات استفاده شود/ برای رفع نقاط ضعفی که در تکنیک تحلیل شکست و آثار آن به منظور رتبه بندی آیتم های شکست وجود دارد، رویکرد مبنی بر منطق فازی برای اولویت بندی شکست ها در یک سیستم تجزیه و تحلیل شکست و آثار آن بکار می رود.این رویکرد تلفیقی با فرایند تحلیل سلسله مراتبی و تاپسیس در محیط فازی است و برای محاسبه وزن فاکتورهای سه گانه تجزیه و تحلیل شکست و آثار آن (احتمال، شدت و ضریب کشف) از روش تحلیل سلسله مراتبی فازی و جهت رتبه بندی عوامل شکست از روش تاپسیس فازی استفاده می شود/مدل تاپسیس توسط هوانگ و یون در سال ۱۹۸۱پیشنهاد شد و یکی از بهترین مدل های تصمیم گیری جند شاخصه است(۱۳).محاسبه وزن نسبی معیارهای اصلی پژوهش برای محاسبه وزن معیارهای پژوهش نسبت به هدف، ابتدا پرسشنامه مقایسات زوجی معیارها نسبت

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

به هدف تشکیل و در اختیار خبرگان تحقیق قرار داده شد و نظرات خبرگان با استفاده از جدول ۱ به اعداد فازی تبدیل شد/ پس از اینکه با استفاده از رویکرد FMEA فازی، اهمیت مولفه های کاهنده شکست بر اساس شاخص های شدت، احتمال شکست و قابلیت کشف طبق نظر خبرگان شناسایی شدند. در گام بعد نرخ ناسازگاری با استفاده از روش گوگوس و بوچر محاسبه و از نظر میزان ناسازگاری مورد تایید قرار گرفت.پس از محاسبه میانگین هندسی فازی نظرات خبرگان طبق جدول ۱ ،وزن معیارهای اصلی پژوهش با استفاده از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی چانگ محاسبه شد. در این پژوهش سعی بر این بود که با رویکردی جدید به بررسی عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت پرداخته شود .برای این کار از رویکرد FMEA فازی استفاده گردید تا نتایج دقیقتری را بتوان بدست آورد.برای امتیازدهی معیارهای FMEA یعنی شدت شکست، احتمال رخداد شکست و ضریب کشف شکست از مقادیر فازی استفاده می گردد که این موضوع باعث در نظر گرفته شدن قضاوتهای ذهنی و غیر عددی خبرگان در شناسایی عوامل کاهنده شکست میشود. در اینجا از رویکرد AHPفازی برای وزن دهی معیارهای FMEA استفاده و جهت رتبه بندی عوامل کاهنده شکست روش TOPSIS فازی مورد استفاده قرار گرفت که این کار علاوه بر حفظ سادگی روش FMEAمنجر به امکان استفاده از اعداد فازی در محاسبات این روش می شود و به دلیل استفاده از مقادیر فازی می توان از قضاوتهای غیر کمی خبرگان استفاده نمود.

نتایج

در اولین گام متون حاصل از مصاحبه با خبرگان جهت استخراج عوامل کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت بررسی گردید.پس از بررسی ادبیات پژوهش و اخذ نظرات خبرگان، عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت شناسایی، غربالسازی و دسته بندی شد/ مولفه های کاهنده شکست اجرای خط مشی ها طبق نظر خبرگان بر اساس جدول شماره ۱ بود.

سپس نسبت به شناسایی و دسته بندی معیارهای پژوهش اقدام و درخت سلسله مراتبی تصمیم (ساختار سلسله مراتبی پژوهش) مطابق با شکل ۱ ترسیم شد.

جدول ۱: مولفه های کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت

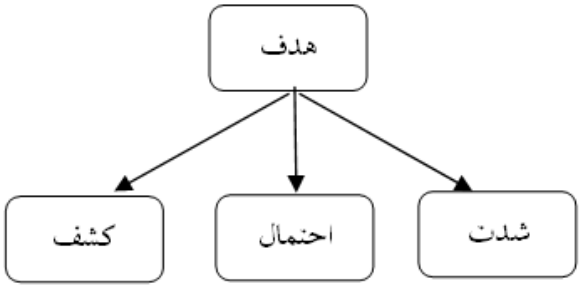
ردیف	اقدامات کاهنده شکست
۱	عدم استفاده از مدل های وارداتی
۲	ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط مشی
۳	توانایی درک صحیح خط مشی تدوین شده
۴	توافق همکاری در مورد سیاست ها
۵	کار گروهی
۶	اجتناب از منفعت طلبی
۷	آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه
۸	توجه به حقوق جامعه هدف
۹	توجه رسانه ها به اجرا
۱۰	گردش صحیح اطلاعات در سازمان های وابسته به وزارت بهداشت
۱۱	مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق
۱۲	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان
۱۳	وجود دستورالعمل های مشخص
۱۴	هدف گذاری دقیق و واقعی
۱۵	سیستم نظارتی کارامد
۱۶	زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه
۱۷	پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات
۱۸	استفاده از ابزار مناسب
۱۹	زمان بندی مناسب
۲۰	توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمانهای موفق در اجرای خط مشی های نظام سلامت

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

ردیف	اقدامات کاهنده شکست
۲۱	مدیریت تعارض منافع
۲۲	لزوم ثبات مدیریتی
۲۳	ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی
۲۴	تعهد به اجرا در سازمان مجری
۲۵	وجود نگاه همه جانبه به سلامت
۲۶	همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت
۲۷	رهبری بین بخشی
۲۸	حکمرانی خوب
۲۹	تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار
۳۰	استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز واجرای برنامه های تحقیق و توسعه داخلی در حوزه فناوری های نوین
۳۱	بهره گیری از امکانات کافی
۳۲	ایجاد دانش کافی و مرتبط درحوزه ی تخصصی سیاست گذاری سلامت
۳۳	آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های سلامت
۳۴	استفاده از افراد متخصص در حوزه ی سیاست گذاری در وزارت بهداشت
۳۵	اعتماد سیاسی به مجریان
۳۶	ایجاد فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های مرتبط
۳۷	تثبیت واجرای استراتژی ها علی رغم تغییر دولت ها
۳۸	توجه به احکام حوزه سلامت برنامه هفتم توسعه
۳۹	پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح ها
۴۰	توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی
۴۱	توجه به اسناد بالادستی
۴۲	تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر
۴۳	شفافیت
۴۴	پویایی و انعطاف
۴۵	تدوین طرح های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد
۴۶	مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی حوزه سلامت
۴۷	شناخت و تحلیل منافع گروه های ذی نفوذ
۴۸	امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت
۴۹	لزوم حمایت های عمومی
۵۰	رهبری اثربخش و یکپارچه در وزرات بهداشت



شکل ۱: ساختار سلسله مراتبی پژوهش

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

پس از شناسایی ساختار سلسله مراتبی پژوهش، به محاسبه و ارزیابی وزن معیارهای پژوهش نسبت به هدف پرداخته شد. برای محاسبه وزن معیارهای پژوهش نسبت به هدف، ابتدا پرسشنامه مقایسات زوجی معیارها نسبت به هدف تشکیل شد. در گام بعد پرسشنامه های طراحی شده را در اختیار خبرگان تحقیق قرار داده تا تکمیل نمایند. پس از جمع آوری پرسشنامه های مقایسه زوجی خبرگان ابتدا نظرات خبرگان با استفاده از جدول 2 به اعداد فازی تبدیل شد.

جدول ۲: طیف فازی و عبارت کلامی متناظر برای مقایسات زوجی

کد	عبارات کلامی	عدد فازی
۱	ارجحیت یا اهمیت مساوی	۱,۱,۱
۲	مساوی تا کم	۱/۵.۱/۵,۱
۳	ارجحیت یا اهمیت کم	۲,۲,۱
۴	متوسط تا قوی	۴,۳/۵,۳
۵	ارجحیت یا اهمیت قوی	۴/۵,۴,۳
۶	قوی تا خیلی قوی	۵,۴/۵,۳
۷	ارجحیت یا اهمیت خیلی قوی	۶,۵/۵,۵
۸	خیلی قوی تا بی نهایت قوی	۷,۶,۵
۹	ارجحیت یا اهمیت کامل و مطلق	۹,۷,۵

در ابتدا با استفاده از رویکرد تکنیک تجزیه و تحلیل حالات شکست و آثار آن بصورت فازی، اهمیت مولفه های شکست بر اساس شاخص های شدت، احتمال شکست و قابلیت کشف طبق نظر خبرگان شناسایی شدند. در جدول ۳ میانگین اهمیت هر یک از مولفه ها آورده شده است.

در گام بعد نرخ ناسازگاری هر یک از پرسشنامه با استفاده از روش گوگوس و بوچر محاسبه شد/ جدول شماره 4 میزان نرخ ناسازگاری پرسشنامه مقایسه زوجی هر یک از خبرگان را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین اهمیت هر یک از مولفه ها

نوع معیار	کشف C3	احتمال C2	شدت C1
	مثبت	مثبت	مثبت
۱	(۹/۷۰/۶۴۰/۰)	(۹/۷۰/۴۵۰/۰)	(۸۰۱/۳۶۰/۰)
۲	(۷۶۶/۵۳۳۰/۳۱۶۰/۰)	(۸۵/۶۶۶۰/۴۳۳۰/۰)	(۹/۷۶۰/۵۱۶۰/۰)
۳	(۶۳۳/۴۰/۱۸۳۰/۰)	(۸۳۳/۶۱۶۰/۳۸۳۰/۰)	(۹۱۶/۷۳۰/۴۸۳۰/۰)
۴	(۶۱۶/۳۵۰/۱۵۰/۰)	(۸۱۶/۵۸۳۰/۳۵۰/۰)	(۹۵/۸۵۰/۶۳۰/۰)
۵	(۷۵/۵۰/۲۵۰/۰)	(۹۵/۷۰/۴۵۰/۰)	(۹/۶۸۳۰/۴۱۶۰/۰)
۶	(۸۶/۶۵۰/۴۰/۰)	(۸۸۳/۶۶۶۰/۴۱۶۰/۰)	(۹۳۳/۷۸۳۰/۵۳۰/۰)
۷	(۶۱۶/۳۵۰/۱۶۶۰/۰)	(۷۱۶/۴۶۶۰/۲۶۶۰/۰)	(۷۱۶/۴۶۶۰/۲۱۶۰/۰)
۸	(۷۳۳/۴۸۳۰/۲۵۰/۰)	(۷۶/۵۶۶۰/۳۶۰/۰)	(۷۸۳/۰/۵۶/۳۱۶۰/۰)
۹	(۶۱۶/۳۶۶۰/۱۳۳۰/۰)	(۷۸۳/۵۳۰/۲۸۳۰/۰)	(۹۳۳/۷۰/۴۵۰/۰)
۱۰	(۶۱۶/۳۶۶۰/۲۱۶۰/۰)	(۸۸۳/۶۵۰/۴۳۳۰/۰)	(۸۶۰۱/۶۳۰/۰)
۱۱	(۶۳۳/۳۶۶۰/۱۳۳۰/۰)	(۸/۵۸۳۰/۳۳۳۰/۰)	(۹۸۳۰۱/۷۳۳۰/۰)
۱۲	(۶۶۶/۴۰/۱۸۳۰/۰)	(۷/۴۵۰/۲۰/۰)	(۸/۵۶۰/۳۵۰/۰)
۱۳	(۶۸۳/۴۵۰/۲۱۶۰/۰)	(۷۶۶/۵۵۰/۲۶۶۰/۰)	(۹/۷۳۰/۴۵۰/۰)
۱۴	(۶۵/۴۰/۲۱۶۰/۰)	(۶۸۳/۴۵۰/۲۱۶۰/۰)	(۸۵/۶۸۳۰/۴۱۶۰/۰)
۱۵	(۶۶۶/۴۱۶۰/۲۵۰/۰)	(۷۸۳/۵۵۰/۳۰/۰)	(۷۳/۵۰/۲۵۰/۰)
۱۶	(۷۶۶/۵۱۶۰/۲۶۶۰/۰)	(۸۳۳/۵۸۳۰/۳۳۳۰/۰)	(۸۶/۶۶۰/۴۱۶۰/۰)

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

نوع معیار	کشف C3	احتمال C2	شدت C1
	مثبت	مثبت	مثبت
۱۷	(۷۱۶/۴۶۶،۰/۲۵،۰/۰)	(۷۸۳/۵۵،۰/۳،۰/۰)	(۸۶/۶۶،۰/۴۶۶،۰/۰)
۱۸	(۶۵۵/۳۶۶،۰/۱۶۶،۰/۰)	(۶۳۳/۴،۰/۲،۰/۰)	(۷/۰/۴۸۳/۲۳،۰/۰)
۱۹	(۷۵/۵۱۶،۰/۳،۰/۰)	(۸۶/۶۸۳،۰/۴۳۳،۰/۰)	(۹۶۶/۸۳،۰/۵۸۳،۰/۰)
۲۰	(۷۱۶/۴۸۳،۰/۲۶۶،۰/۰)	(۹/۶۶۶،۰/۴۳۳،۰/۰)	(۹۳۳/۷۳،۰/۴۸۳،۰/۰)
۲۱	(۸۳۳/۵۸۳،۰/۳۳۳،۰/۰)	(۹۱۶/۶۸۳،۰/۴۳۳،۰/۰)	(۹۵/۷۵،۰/۵،۰/۰)
۲۲	(۸۶۶/۵۸۳،۰/۳۳۳،۰/۰)	(۸۵/۶۳۳،۰/۳۸۳،۰/۰)	(۹۳۳/۷۱۶،۰/۴۶۶،۰/۰)
۲۳	(۶۶۶/۴۵،۰/۲۳۳،۰/۰)	(۶/۳۶،۰/۱۳۳،۰/۰)	(۵۳۳،۰۷۶۶/۳،۰/۰)

جدول ۴: میزان نرخ ناسازگاری پرسشنامه مقایسه زوجی معیارهای اصلی پژوهش

پرسشنامه خبرگان	بررسی سازگاری CIG	بررسی سازگاری CIM	سازگاری پرسشنامه
خبر ه ۱	۰/۰۹۸	۰/۰۵۷	تایید
خبره ۲	۰/۰۹۲	۰/۰۸۹	تایید
خبره ۳	۰/۰۹۸	۰/۰۵۷	تایید
خبر ه ۴	۰/۰۹۰	۰/۰۸۸	تایید
خبر ه ۵	۰/۰۹۸	۰/۰۵۷	تایید
خبر ه ۶	۰/۰۹۷	۰/۰۸۶	تایید
خبر ه ۷	۰/۰۸۸	۰/۰۸۰	تایید
خبر ه ۸	۰/۰۹۰	۰/۰۸۸	تایید
خبر ه ۹	۰/۰۸۰	۰/۰۵۱	تایید
خبر ه ۱۰	۰/۰۹۳	۰/۰۷۶	تایید
خبر ه ۱۱	۰/۰۶۹	۰/۰۳۸	تایید
خبر ه ۱۲	۰/۰۶۹	۰/۰۳۸	تایید
خبر ه ۱۳	۰/۰۸۱	۰/۰۵۱	تایید
خبر ه ۱۴	۰/۰۷۵	۰/۰۳۶	تایید
خبر ه ۱۵	۰/۰۷۵	۰/۰۳۶	تایید
خبر ه ۱۶	۰/۰۷۴	۰/۰۴۶	تایید
خبره ۱۷	۰/۰۷۱	۰/۰۴۱	تایید
خبره ۱۸	۰/۰۹۲	۰/۰۷۶	تایید
خبره ۱۹	۰۷۸/	۰/۰۴۸	تایید
خبره ۲۰	۰/۰۹۰	۰/۰۵۲	تایید
خبره ۲۱	۰/۰۸۲	۰/۰۶۶	تایید

همانطور که مشاهده می‌شود پرسشنامه‌های مقایسه زوجی از نظر میزان ناسازگاری مورد تایید می‌باشد. با تایید سازگاری پرسشنامه مقایسه زوجی معیارهای اصلی پژوهش، میانگین هندسی فازی نظرات خبرگان محاسبه شد و سپس به محاسبه وزن معیارهای اصلی پژوهش با استفاده از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی چانگ پرداخته شد. جدول شماره ۵ برآیند میانگین هندسی نظرات خبرگان را نشان می‌دهد. جداول شماره 6 نیز کلیه محاسبات روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی فازی چانگ را برای پرسشنامه مقایسه زوجی فازی معیارهای اصلی ارائه می کند.

بر اساس نتایج جدول ۸ اولویت بندی معیارهای هر سه سطح نسبت به هدف یکسان بوده که عبارتند از شدت، احتمال رخداد شکست و قابلیت کشف شکست/ شکل شماره ۲ میزان اهمیت هر یک از معیارهای اصلی پژوهش را بر اساس وزن آنها نشان می‌دهد.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

جدول ۵: میانگین هندسی ماتریس مقایسات زوجی فازی معیارهای اصلی

ماتریس مقایسات زوجی فازی ادغام شده (میانگین هندسی نظرات خبرگان)									
	شدت شکست			احتمال رخداد شکست			قابلیت کشف شکست		
شدت شکست	۱	۱	۱	۵/۳۵	۴/۷۷	۳/۶۸	۵/۵۴	۴/۸۷	۳/۹۳
احتمال رخداد شکست	۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۱۸	۱	۱	۱	۳/۵۶	۳/۳۱	۲/۱۵
قابلیت کشف شکست	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۴۶	۰/۳۰	۰/۲۸	۱	۱	۱

جدول ۶: جمع فازی و بسط مرکب فازی معیارهای اصلی

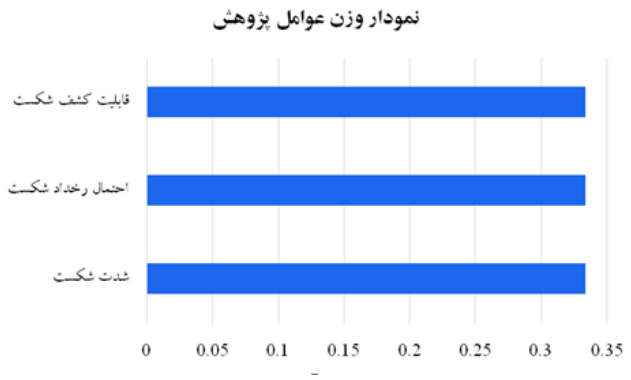
عوامل	جمع فازی هر سطر			بسط مرکب فازی(Sj)		
	L	M	U	L	M	U
شدت شکست	۱۱/۹۰	۱۰/۶۴	۸/۶۱	۰/۸۸	۰/۶۳	۰/۴۶
احتمال رخداد شکست	۴/۸۴	۴/۵۲	۳/۳۳	۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۱۸
قابلیت کشف شکست	۱/۷۱	۱/۵۰	۱/۴۶	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۰۷

جدول ۷: درجه امکان بزرگی و درجه ارجحیت

عوامل	درجه امکان بزرگی			درجه ارجحیت	نرمالسازی ارجحیت
	شدت شکست	احتمال رخداد شکست	قابلیت کشف شکست		
شدت شکست	۱	۱	۱	۱	۱
احتمال رخداد شکست	۲/۰۸۳	۱	۱	۱	۰/۳۳۳
قابلیت کشف شکست	۳/۱۰۹	۲/۷۹	۱	۱	۰/۳۳۳

جدول ۸: وزن معیارهای اصلی

	وزن عوامل
شدت شکست	۰/۳۳۳
احتمال رخداد شکست	۰/۳۳۳۳
قابلیت کشف شکست	۰/۳۳۳۳



شکل ۲: میزان اهمیت هر یک از معیارهای اصلی

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

محاسبه وزن گزینه‌های پژوهش با استفاده از تاپسیس فازی

در بخش قبل با استفاده از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی فازی چانگ به ارزیابی و وزن دهی معیارهای پژوهش پرداختیم. در این بخش با استفاده از داده‌های جمع آوری شده و روش تاپسیس فازی به ارزیابی و اولویت بندی گزینه‌های پژوهش می‌پردازیم.در ادامه کلیه محاسبات به صورت گام به گام بر اساس روش تاپسیس فازی ارائه شده است.برای اولویت بندی عوامل شکست از روش تاپسیس فازی استفاده شد. به همین منظور، از اعداد فازی و عبارات کلامی جدول۲ استفاده شد.گام بعدی در روش تاپسیس، وزن دهی و محاسبه راه حل ایده آل مثبت و منفی بود که در جدول ۳ نشان داده شده است.

اولویت بندی اقدامات کاهندهٔ شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت

پس از اخذ نظرات خبرگان، عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت شناسایی، غربالسازی و دسته بندی شد.مولفه های کاهنده شکست اجرای خط مشی های نظام سلامت طبق نظر خبرگان بر اساس جدول ۲ بود.بعد از استخراج مقادیر وخامت، رخداد و احتمال کشف برای هریک از عوامل کاهنده شکست بر اساس نظرات خبرگان، وضعیت سه شاخص بر حسب هریک از ریسک های شکست روش تاپسیس رتبه بندی شد.در روش تاپسیس جهت رتبه بندی عوامل کاهنده شکست در ابتدا ماتریس تصمیم که شامل ۵۰ گزینه یا عوامل کاهنده شکست و ۳ شاخص بود، تشکیل گردید.سپس ماتریس تشکیل شده نرمالیزه شد بدین صورت که هر کدام از مقادیر بر جذر مجذور هریک از بردارهای شاخص تقسیم شد. در جدول ۹ ماتریس بی مقیاس شاخص ها بر حسب عوامل کاهنده شکست نشان داده شده است.

گام بعدی در روش تاپسیس، وزن دهی و محاسبه راه حل ایده آل مثبت و منفی بود که در جدول۱۰ نشان داده شده است.

بعد از تعیین راه حل ایده آل مثبت و منفی، اندازه فاصله از راه حل ایده آل مثبت و منفی به دست آمد که برای هریک از عوامل کاهنده شکست در جدول ۱۱ مشخص شده است.

جدول ۹: ماتریس بی مقیاس شاخص ها بر حسب عوامل کاهنده شکست

عوامل کاهنده شکست	وخامت	رخداد	احتمال کشف
ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط مشی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
توانایی درک صحیح خط مشی تدوین شده	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
توافق همکاری در مورد سیاست ها	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
مدیریت تعارض منافع	۰/۴۷۵	۰/۷۷۹	۰/۷۲۴
اجتناب از منفعت طلبی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
توجه به حقوق جامعه هدف	۰/۴۷۵	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
توجه رسانه ها به اجرا	۰/۰۵۳	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
گردش صحیح اطلاعات در سازمان های وابسته به وزارت بهداشت	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
وجود دستورالعمل های مشخص	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
هدف گذاری دقیق و واقعی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
سیسیتم نظارتی کارامد	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات	۰/۸۴۴	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
استفاده از ابزار مناسب	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
ایجاد دانش کافی و مرتبط درحوزه ی تخصصی سیاست گذاری سلامت	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمانهای موفق در اجرای خط مشی های نظام سلامت	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۴۰۷/۰
کار گروهی	۰/۸۴۴	۰/۴۳۸	۱۳۱/۱
لزوم ثبات مدیریتی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۷۲۴/۰

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
تعهد به اجرا در سازمان مجری	۰/۴۷۵	۰/۱۹۵	۱۸۱/۰
تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر	۰/۸۴۴	۰/۷۷۹	۰/۴۰۷
همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
رهبری بین بخشی	۰/۴۷۵	۰/۷۷۹	۰/۷۲۴
حکمرانی خوب	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز واجرای برنامه های تحقیق و توسعه داخلی در حوزه فناوری های نوین	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۱
امکانات کافی	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
زمان بندی مناسب	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های سلامت	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
استفاده از افراد متخصص در حوزه ی سیاست گذاری در وزارت بهداشت	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
اعتماد سیاسی به مجریان	۰/۲۱۱	۰/۴۳۸	۰/۱۸۱
فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
تثبیت واجرای استراتژی ها علی رغم تغییر دولت ها	۲۱۱/۰	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
توجه به احکام حوزه سلامت برنامه هفتم توسعه	۴۷۵/۰	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح ها	۲۱۱/۰	۰/۴۳۸	۴۰۷/۰
توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۷۲۴
توجه به اسناد بالادستی	۰/۴۷۵	۰/۷۷۹	۰/۷۲۴
وجود نگاه همه جانبه به سلامت	۰/۸۴۴	۰/۷۷۹	۰/۷۲۴
شفافیت	۲۱۱/۰	۰/۴۳۸	۴۰۷/۰
پویایی و انعطاف	۰/۴۷۵	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱
تدوین طرح های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد	۸۴۴/۰	۰/۷۷۹	۰/۷۲۴
مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی حوزه سلامت	۰/۲۱۱	۰/۱۹۵	۰/۴۰۷
شناخت و تحلیل منافع گروه های ذی نفوذ	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۱۸۱/۰
امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت	۰/۸۴۴	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
حمایت های عمومی	۰/۲۱۱	۰/۰۹۷	۰/۱۳۶
عدم استفاده از مدل های وارداتی	۰/۴۷۵	۰/۴۳۸	۰/۴۰۷
رهبری اثربخش و مدیریت یکپارچه در وزارت بهداشت	۰/۴۷۵	۰/۷۷۹	۰/۱۳۱

جدول ۱۰: تعیین راه حل ایده‌آل مثبت و ایده‌آل منفی

	وخامت	رخداد	احتمال کشف
A^+	۰/۲۷۹	۰/۳۲۷	۰/۲۸۳
A^-	۰/۰۱۷	۰/۰۴۱	۰/۰۳۵

جدول ۱۱: تعیین اندازه فاصله از راه حل ایده آل مثبت و منفی

عوامل کاهنده شکست	D^+	D^-
ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط مشی	۰/۳۰۳	۰/۹۹۰
توانایی درک صحیح خط مشی تدوین شده	۰/۳۴۷	۰/۹۸۲
توافق همکاری در مورد سیاست ها	۰/۳۴۷	۰/۹۸۲
مدیریت تعارض منافع	۰/۱۴۵	۰/۸۴۵
اجتناب از منفعت طلبی	۰/۲۱۴	۰/۷۶۶
آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه	۰/۳۷۰	۰/۸۰۹
توجه به حقوق جامعه هدف	۰/۳۶۳	۰/۹۷۸

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

۰/۹۶۸	۰/۴۳۰	توجه رسانه ها به اجرا
۰/۹۶۹	۰/۴۰۰	گردش صحیح اطلاعات در سازمان های وابسته به وزارت بهداشت
۰/۹۸۲	۰/۳۴۷	مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق
۰/۹۶۹	۰/۴۰۰	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان
۰/۹۶۹	۰/۴۰۰	وجود دستورالعمل های مشخص
۰/۷۶۶	۰/۲۱۴	هدف گذاری دقیق و واقعی
۰/۷۵۵	۰/۲۷۳	سیسیتم نظارتی کارامد
۰/۷۵۵	۰/۲۷۳	زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه
۰/۷۹۷	۰/۱۷۶	پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات
۰/۹۸۲	۰/۳۴۷	استفاده از ابزار مناسب
۰/۸۸۹	۰/۲۶۱	ایجاد دانش کافی و مرتبط درحوزه ی تخصصی سیاست گذاری سلامت
۰/۸۸۰	۰/۳۱۱	توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمانهای موفق در اجرای خط مشی های نظام سلامت
۰/۶۷۱	۰/۱۴۳	کار گروهی
۰/۷۶۶	۰/۲۱۴	لزوم ثبات مدیریتی
۰/۸۰۹	۰/۳۷۰	ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی
۰/۹۷۸	۰/۳۶۳	تعهد به اجرا در سازمان مجری
۰/۹۵۶	۰/۱۸۱	وجود نگاه همه جانبه به سلامت
۰/۸۰۹	۰/۳۷۰	همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت
۰/۸۴۵	۰/۱۵۹	رهبری بین بخشی
۰/۸۰۹	۰/۳۷۰	حکمرانی خوب
۰/۷۵۵	۰/۲۷۳	تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار
۰/۹۸۲	۰/۳۴۷	استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز واجرای برنامه های تحقیق و توسعه داخلی در حوزه فناوری های نوین
۰/۹۶۹	۰/۴۰۰	امکانات کافی
۰/۸۰۹	۰/۳۷۰	زمان بندی مناسب
۰/۸۸۹	۰/۲۶۱	آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های سلامت
۰/۹۸۲	۰/۳۴۷	استفاده از افراد متخصص در حوزه ی سیاست گذاری در وزارت بهداشت
۰/۹۸۲	۰/۳۴۷	اعتماد سیاسی به مجریان
۰/۷۶۶	۰/۲۱۴	فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های
۰/۸۸۰	۰/۳۱۱	تثبیت واجرای استراتژی ها علی رغم تغییر دولت ها
۰/۸۸۹	۰/۲۶۱	توجه به احکام حوزه سلامت برنامه هفتم توسعه
۰/۸۸۰	۰/۳۱۱	پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح ها
۰/۷۶۶	۰/۲۱۴	توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی
۰/۸۴۵	۰/۱۵۹	توجه به اسناد بالادستی
۰/۸۷۳	۰/۱۰۲	تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر
۰/۸۸۰	۰/۳۱۱	شفافیت
۰/۹۷۸	۰/۳۶۳	پویایی و انعطاف
۰/۸۷۳	۰/۱۰۲	تدوین طرح های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد
۰/۸۰۹	۰/۳۷۰	مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی حوزه سلامت
۰/۹۹۰	۰/۳۰۳	شناخت و تحلیل منافع گروه های ذی نفوذ
۰/۹۱۶	۰/۲۳۱	امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت
۰/۹۵۵	۰/۴۳۲	حمایت های عمومی
۰/۸۸۹	۰/۲۶۱	عدم استفاده از مدل های وارداتی
۰/۷۴۷	۰/۱۲۲	رهبری اثربخش و مدیریت یکپارچه در وزارت بهداشت

در گام نهایی نیز هریک از عوامل کاهنده شکست رتبه آن ها مشخص شد/ بر اساس روش تاپسیس عوامل کاهنده شکست

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

بالاترین عامل کاهنده شکست مربوط به وجود نگاه همه جانبه به سلامت و پایین ترین عامل کاهنده شکست مربوط به مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی بود.

در این گام مقوله بندی عوامل شناسایی شده کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت طبق جدول ۱۳انجام و نهایتا ۱۰ معیار مشخص گردید.

مقوله بندی عوامل شکست اجرای خط مشی‌های نظام سلامت

جدول ۱۲: رتبه و ضریب مولفه های کاهنده شکست با روش تاپسیس

رتبه	ضریب	عوامل کاهنده شکست
۱	۰/۰۲۴	وجود نگاه همه جانبه به سلامت
۲	۰/۰۲۴	تدوین طرح های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد
۳	۰/۰۲۳	رهبری اثربخش و مدیریت یکپارچه در وزارت بهداشت
۴	۰/۰۲۲	مدیریت تعارض منافع
۵	۰/۰۲۲	رهبری بین بخشی
۶	۰/۰۲۲	توجه به اسناد بالادستی
۷	۰/۰۲۲	تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر
۸	۰/۰۲۲	کار گروهی
۹	۰/۰۲۲	پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات
۱۰	۰/۰۲۱	امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت
۱۱	۰/۰۲۱	اجتناب از منفعت طلبی
۱۲	۰/۰۲۱	هدف گذاری دقیق و واقعی
۱۳	۰/۰۲۱	لزوم ثبات مدیریتی
۱۴	۰/۰۲۱	فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های
۱۵	۰/۰۲۱	توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی
۱۶	۰/۰۲۰	ایجاد دانش کافی و مرتبط درحوزه ی تخصصی سیاست گذاری سلامت
۱۷	۰/۰۲۰	آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های سلامت
۱۸	۰/۰۲۰	توجه به احکام حوزه سلامت برنامه هفتم توسعه
۱۹	۰/۰۲۰	عدم استفاده از مدل های وارداتی
۲۰	۰/۰۲۰	بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط مشی
۲۱	۰/۰۲۰	شناخت و تحلیل منافع گروه های ذی نفوذ
۲۲	۰/۰۲۰	توانایی درک صحیح خط مشی تدوین شده
۲۳	۰/۰۲۰	**توافق همکاری در مورد سیاست ها**
۲۴	۰/۰۲۰	مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق
۲۵	۰/۰۲۰	استفاده از ابزار مناسب
۲۶	۰/۰۲۰	استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز واجرای برنامه های تحقیق و توسعه داخلی در حوزه فناوری های نوین
۲۷	۰/۰۲۰	ا استفاده از افراد متخصص در حوزه ی سیاست گذاری در وزارت بهداشت
۲۸	۰/۰۲۰	اعتماد سیاسی به مجریان
۲۹	۰/۰۲۰	توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمانهای موفق در اجرای خط مشی های نظام سلامت
۳۰	۰/۰۲۰	تثبیت واجرای استراتژی ها علی رغم تغییر دولت ها
۳۱	۰/۰۲۰	پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح هاا
۳۲	۰/۰۲۰	شفافیت
۳۳	۰/۰۱۹	سیسیتم نظارتی کارامد
۳۴	۰/۰۱۹	زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه
۳۵	۰/۰۱۹	تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار
۳۶	۰/۰۱۹	توجه به حقوق جامعه هدف
۳۷	۰/۰۱۹	تعهد به اجرا در سازمان مجری

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

رتبه	ضریب	عوامل کاهنده شکست
۳۸	۰/۰۱۹	پویایی و انعطاف
۳۹	۰/۰۱۹	گردش صحیح اطلاعات در سازمان های وابسته به وزارت بهداشت
۴۰	۰/۰۱۹	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان
۴۱	۰/۰۱۹	وجود دستورالعمل های مشخص
۴۲	۰/۰۱۹	امکانات کافی
۴۳	۰/۰۱۸	توجه رسانه ها به اجرا
۴۴	۰/۰۱۸	حمایت های عمومی
۴۵	۰/۰۱۸	آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه
۴۶	۰/۰۱۸	ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی
۴۷	۰/۰۱۸	همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت
۴۸	۰/۰۱۸	حکمرانی خوب
۴۹	۰/۰۱۸	زمان بندی مناسب
۵۰	۰/۰۱۸	مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی حوزه سلامت

جدول ۱۳: مقوله بندی عوامل کاهنده شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت

ردیف	معیار	عامل کاهنده شکست
۱	عوامل فرهنگی	بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط مشی توانایی درک صحیح خط مشی تدوین شده توافق همکاری در مورد سیاست ها ضعف کار گروهی اجتناب از منفعت طلبی
۲	ارتباطات	آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه توجه به حقوق جامعه هدف توجه رسانه ها به اجرا گردش صحیح اطلاعات در سازمان ها/// مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق
۳	عوامل ساختاری	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان وجود دستورالعمل های مشخص هدف گذاری دقیق و واقعی سیسیتم نظارتی کارامد زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه عدم استفاده از مدل های وارداتی
۴	روش اجرا	پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات استفاده از ابزار مناسب زمان بندی مناسب توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمانهای موفق در اجرای خط مشی های نظام سلامت
۵	عوامل مدیریتی	مدیریت تعارض منافع لزوم ثبات مدیریتی ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی تعهد به اجرا در سازمان مجری وجود نگاه همه جانبه به سلامت همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

ردیف	معیار	عامل کاهنده شکست
		رهبری اثربخش و مدیریت یکپارچه در وزارت بهداشت
		رهبری بین بخشی
		حکمرانی خوب
۶	پشتیبانی	تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار
		استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز
		امکانات کافی
۷	نیروی انسانی/مجریان	ایجاد دانش کافی و مرتبط درحوزه ی تخصصی سیاست گذاری سلامت
		آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های سلامت
		استفاده از افراد متخصص
		اعتماد سیاسی
		فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های
۸	محیطی	تثبیت و اجرای استراتژی های علی رغم تغییر دولت ها
		توجه به احکام حوزه سلامت برنامه هفتم توسعه
		پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح ها
		توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی
		اسناد بالادستی
		تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر
۹	تدوین خط مشی	شفافیت
		پویایی و انعطاف
		تدوین طرح بر اساس شواهد
۱۰	جامعه	مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی
		گروه های ذی نفوذ
		امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت
		حمایت های عمومی
		انطباق خط مشی ها با ارزش ها

بحث

خط‌مشی‌های عمومی یکی از ابزارهای اداره جامعه هستند. دولت‌ها به وسیله این خط‌مشی‌ها برای مسائل و مشکلات جامعه راه حل‌هایی ارائه می دهند. اگر این خط‌مشی‌ها بر طبق اصول علمی و دوراندیشی طرح شده باشند و همه تمهیدات لازم برای اجرای آنها بکار گرفته شوند، می‌توان امیدوار بود که مسائل و مشکلات جامعه حل گردد. در غیر این صورت به دردهای جامعه اضافه می‌گردند و هزینه‌هایی بر مردم و دولت تحمیل می کنند. برای اینکه این خط‌مشی‌ها موفق باشند باید پیش از هر اقدام، لوازم و امکانات لازم را برای اجرای آنها بکار گرفته شود. در پژوهش حاضر سعی بر این بود عوامل کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت شناسایی و اولویت‌بندی گردد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد پاسخ دهندگان در مجموع ۱۰ مقوله برای اقدامات کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت و ۵۰ مولفه اقدامات کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت مطرح کردند. این پژوهش روشن می‌سازد که که مقوله‌های عوامل کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت شامل عوامل فرهنگی، ارتباطات، ساختاری، روش اجرا، مدیریتی، پشتیبانی، نیروی انسانی / مجریان خط‌مشی،جامعه، تدوین خط‌مشی و محیطی بودند / مولفه‌های فرهنگی شامل بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط‌مشی،توانایی درک صحیح خط‌مشی تدوین شده،توافق همکاری در مورد سیاست‌ها، ضعف کار گروهی و اجتناب از

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

منفعت طلبی بود/ مولفه های بعد ارتباطات شامل آگاهی از رسالت های خط مشی های نظام سلامت از سوی جامعه، توجه به حقوق جامعه هدف، توجه رسانه ها به اجرا، گردش اطلاعات در سازمان ها و مدیریت و پردازش اطلاعات دقیق می گردید. در بعد ساختاری مولفه های مرتبط افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان، وجود دستورالعمل‌های مشخص، هدف گذاری دقیق و واقعی، سیستم نظارتی کارامد و زیرساخت و ابزارهای لازم در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه و عدم استفاده از مدل های وارداتی بودند. مولفه های بعد ساختاری شامل پیش بینی و شناسایی درست مسائل و مشکلات، استفاده از ابزار مناسب، زمان بندی مناسب و توجه به ابزارهای تشویقی جهت سازمان‌های موفق در اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت می باشند. مولفه های بعد مدیریتی شامل مدیریت تعارض منافع، ثبات مدیریتی، ضمانت اجرا از سوی مراجع قانونی، تعهد به اجرا در سازمان مجری، وجود نگاه همه جانبه به سلامت، همراستا بودن با برنامه های اجرایی دولت، حکمرانی خوب و رهبری بین بخشی بودند. در بعد پشتیبانی مولفه‌ها شامل تخصیص بهینه منابع مالی و پایدار استفاده از فناوری ها و تکنولوژی بروز و امکانات کافی بودند.مولفه های بعد نیروی انسانی /مجریان خط مشی شامل ایجاد دانش کافی و مرتبط در حوزه‌ی تخصصی سیاست گذاری سلامت، آموزش کافی و کاربردی و اثربخش کلیه کارکنان در خصوص اجرای خط مشی های نظام سلامت ، استفاده از افراد متخصص، اعتماد سیاسی و فرهنگ ضابطه گرایی به جای رابطه گرایی در وزارت بهداشت و سازمان های تابعه می باشند.در بعد جامعه مولفه ها شامل گروه های ذی نفوذ، امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت، حمایت های عمومی، انطباق خط‌مشی‌ها با ارزش‌ها و مشارکت شهروندان و نهادهای مردمی می‌باشند/ مولفه‌های بعد تدوین خط‌مشی شامل شفافیت، پویایی و انعطاف، تدوین طرح بر اساس شواهد و پیش‌بینی و شناسایی درست مسائل ومشکلات بودند و مولفه‌های بعد محیطی شامل تغییر دولت ها، توجه به احکام حوزه ی سلامت برنامه هفتم توسعه، پرهیز از توجه به منافع سیاسی جناح ها، توجه به اجرای قوانین و پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی درمانی وآموزشی، اسناد بالادستی و تعامل بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و سازمان های بیمه گر بودند. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و رتبه بندی صورت گرفته در اقدامات کاهنده شکست خط‌مشی‌های نظام سلامت وجود نگاه همه جانبه به سلامت از منظر خبرگان حائز بیشترین اهمیت بوده است لذا ازجمله سیاستهای کلی که می بایست بیشتر مد نظر قرار گیرد، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاستهای اجرایی و مقررات است. در این خصوص توصیه می گردد تهیه پیوست سلامت، ارتقای شاخص های سلامت و اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم ازجمله سیاستهای مورد توجه در خط‌مشی‌های نظام سلامت باشد/یکی دیگر از اولویت‌های خبرگان در اقدامات کاهنده موثر در اجرای موثر خط مشی های نظام سلامت تدوین طرح های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد بوده که به نظر می رسد با تشکیل شورایی در وزارت بهداشت و تدوین چارچوبی جهت تهیه هر طرح با نگاه به جزییات لازم و علمی برای تدوین طرح‌های بهداشتی درمانی بر پایه شواهد می توان در ارتقاء این موضوع کمک کرد/ نتایج تحقیق حاضر در خصوص تدوین طرح‌های بهداشتی درمانی بر اساس شواهد با نتایج تحقیق رشیدیان ۱۳۹۲ همخوانی دارد(۱۰). طبق نتایج این تحقیق به نظر می رسد رهبری اثربخش و یکپارچه در وزرات بهداشت یکی دیگر از اقدامات مهم در کاهش شکست در اجرای خط مشی های نظام سلامت می باشد. به طور کلی بحث موفقیت سازمان در تحقق اهداف در گرو چگونگی اعمال مدیریت و سبک‌های اثربخش رهبری است. سازمان‌ها در هر اندازه‌ای نیازمند رهبری اثربخش برای بقاء هستند و سازمان‌هایی که دارای رهبرانی اثربخش هستند تمایل به نوآوری، پاسخ به تغییرات در بازارها و محیط، ارائه پاسخی خلاقانه به چالش‌ها و حفظ عملکرد بالا را دارا می‌باشند/نتایج تحقیق حاضر از این حیث با نتایج تحقیق حاج کریمی و همکاران ۱۳۹۹ که رهبری اثربخش را به عنوان یکی از عوامل مهم موفقیت سازمان ها در اجرای سیاست‌هایشان معرفی نموده‌اند همخوانی دارد(۱۴). مدیریت تعارض منافع یکی دیگر از اقدامات کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت در رتبه‌بندی صورت گرفته می باشد که می توان با عدم حضور ذینفعان بخش خصوصی در جایگاه حکومتی ،ایجاد سازوکار نظارتی دائمی ،غلبه برتعارض منافع در تدوین برنامه ها نقش موثری در کاهش شکست اجرای خط‌مشی‌ها داشت/در پژوهش تراورسی ۲۰۲۱ بیان شد که تضاد منافع یک تهدید بالقوه برای قابل اعتماد بودن، اعتبار و کاربردی بودن سیاست های تدوین شده می باشد (۱۵).

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

پژوهش حاضر به بازیگران خط مشی گذاری نظام سلامت اعم از خط مشی گذاران تا مجریان کمک می نماید تا با شناخت عوامل موثر و همچنین شکاف ها و خطرهای موجود در اجرای موثر خط مشی های نظام سلامت و با توجه به اولویت بندی انجام شده مانع از بروز مشکل در این مسیر شوند/اصلی ترین چالش های دولتهای نوین، بحران هایی شامل بحران مشروعیت، بحران نهادی، شکاکیت عامه نسبت به خط مشیهای دولت، بحرانهای مالی دولت،فساد و عدم پاسخگویی بوده است؛ که باعث افول خط مشی شده است.آیاندا و بلو ۲۰۱۶ به آسیب شناسی اجرای خط مشی عمومی در نیجریه پرداخته و با بررسی اجرای قوانین در دولت به عوامل عدم تعریف دقیق و واضح اهداف، اهداف سیاسی مبهم، فقدان فناوری مناسب برای اجرا، عدم تعهد به خط مشی، عدم تعریف دقیق مسئولیت ها و هماهنگی ها، فساد گرایش های فاسد مقامات دولتی و سیاست مداران،مقایسه در طول اجرای خط مشی معمولا خط مشی با خط مشی های شکست خورده قبلی مقایسه میشوند رسیده است(۱۶). در مدلی که عباسی و همکاران ۱۳۹۵ عنوان" بررسی موانع اجرای خط مشی های عمومی در سازمان های دولتی" مدل را به شش دسته عوامل تقسیم بندی می کند که شامل: تدوین کنندگان، مجریان خط مشی،ماهیت خط مشی، سازمان مجری، انواع کنش و محیط سازمانی بود(۱۷). موضوع ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت به عنوان بخشی از وظایف حاکمیتی دولتی می تواند به پاسخگویی به این مشکلات و همچنین انتخاب‌های هوشمندانه دولت کمک کند. شناسایی مولفه‌های کاهنده شکست و همچنین عوامل شکست بر اجرای سیاستهای نظام سلامت کشور، نمی‌تواند یک جریان موقت و کوتاه مدت باشد، بلکه باید آن را چرخه‌ای مداوم دانست که همگام با تغییرات محیطی باید دائماً از سوی جامعه هدف و مجریان بازخورد دریافت کرده و توسعه یابد(آسیب شناسی)/پیش نیاز اصلی اجرای مؤثر سیاست ها، باور و حمایت مدیران عالی وزارت بهداشت در ضرورت انجام این کار است. مدیران عالی نظام سلامت، از آغاز طراحی تا استقرار کامل این مدل بایستی در فرایندهای مربوط شرکت داشته باشند.در این راستا باید بر قوتها و جنبه های مثبت اجرای مؤثر سیاست ها، تأکید گردد نه اینکه فقط نارساییها بزرگ نمایی گردد. هماهنگی و هم افزایی نهادهای سیاستگذار، قانونگذار، مجری و ناظر نکته مورد اهمیت دیگری است که لازم است در خط مشی گذاری نظام سلامت مورد تأکید قرار گیرد. این هماهنگی میتواند در اهداف و خواسته این نهادها تعریف شود یا اینکه در درک مفاهیم و زبان مشترک، در اجرا و حمایت از اجرا تعریف و یا در بحث نظارت مطرح گردد.به منظور ارج نهادن به مجریانی که بر ارتقای ظرفیت اجرای سیاستها تمرکز نموده اند، ساز و کار تحسین عملکرد برقرار شود/ امکان انجام ارزیابی بیرونی نیز فراهم گردد و یک نهاد علمی غیر وابسته به نظام سلامت، در انجام ارزیابی درونی و بیرونی همکاری داشته باشد. درصورتی که همه ورودیهای سیستم در وضعیت مطلوب قرار داشته باشند، تمامی کارکردهای فوق به طور همزمان رخ خواهد داد و منجر به هم افزایی در اجرای خط مشیهای نظام سلامت خواهد شد. همچنین موجب میگردد تا بسیاری از ضعفها و تهدیدات سخت افزاری که قبلا به عنوان یک تهدید محسوب میشدند به فرصت تبدیل شده و باعث توانمندسازی میگردد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر به مدیران و بازیگران حوزه‌ی خط مشی گذاری نظام سلامت کمک می‌نماید تا با شناخت عوامل کاهنده شکست اجرای خط مشی‌های نظام سلامت مانع از بروز مشکل در مسیر اجرای موفق خط‌مشی‌های نظام سلامت گردند. با توجه به نتایج پژوهش که عوامل کاهنده شکست در آن مشخص‌شده می‌توان پیشنهادهایی ارائه نمود. در تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت بر اساس نظام ساختاری و روابط بین سازمان‌های مرتبط، ذی‌ربط و تصمیم‌گیرنده، مفهوم این خط‌مشی‌ها به‌صورت شفاف و روشن بیان شده و در راستای اهداف تعیین‌شده، پویایی و انعطاف‌پذیری خط‌مشی‌ها، بهبود یابد.با توجه به اینکه عدم وجود نگاه همه‌جانبه به‌سلامت (اولویت درمان به بهداشت) یکی از عوامل شکست در اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت شناسایی شد، می‌بایست اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی منسجم و هدف‌گذاری در راستای اهداف بهداشتی در ۳ رده پیشگیری، درمان و بازتوانی مدنظر قرار گیرد.با توجه به شرایط اقتصادی و سیاسی فعلی کشور و در جهت هم‌راستا نمودن برنامه‌های اجرایی و شرایط موجود، لازم می‌باشد تا در بازه‌های زمانی مناسب، خط‌مشی‌های مربوط به‌نظام سلامت، ارزیابی و بازنگری گردند.مشارکت ذینفعان افزایش یابد؛ زیرا درنتیجه عدم مشارکت دادن فعالان حوزه سلامت در فرایند خط‌نگاری، در مراحل مختلف اجرای

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

خط‌مشی‌ها، شکاف و درنتیجه عقب‌ماندگی در اجرای اهداف خط‌مشی‌ها ایجاد می‌گردد. ثبات در قوانین ایجاد گردد چراکه با توجه به زمان‌بر بودن اجرای پروژه‌های بهداشتی و درمانی، تعدد قوانین در مورد موضوعی واحد با توجه به رویدادهای پیش‌بینی‌نشده موجب تأخیر و حتی تعطیلی پروژه‌ها می‌گردد. گروه‌های ذی‌نفع و سازمان‌های اجرایی در خط‌مشی‌گذاری دخالت داده شوند چراکه با مشارکت سازمان‌های مربوطه، پذیرش اجتماعی یک خط‌مشی بیشتر می‌شود.ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا، انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت انجام شود.حضور ذینفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی باعث تعارض منافع می‌گردد لذا از این امر اجتناب گردد/ توجه به عوامل شناسایی‌شده در این پژوهش می‌تواند موجب اجرای موفق سیاست‌های نظام سلامت و درنتیجه ارتقای خدمات نظام سلامت برای آحاد جامعه گردد.

محدودیت های مطالعه

بی شک همواره در پژوهش ها محدودیت هایی وجود دارد و این پژوهش از این قاعده مستثنی نیست و با محدودیتهایی در هنگام انجام پژوهش مواجه شده است. یکی از محدودیت های اصلی تحقیقات کیفی، محدودیت در تعمیم نتایج است که این تحقیق نیز از این قاعده مستثنی نیست.همچنین مشغله زیاد و دسترسی بسیار سخت به صاحبنظران مورد نظر در حوزه ی سلامت یکی دیگر از محدودیت های موجود بود.

سپاس گزاری

بدین وسیله از همکاری کلیه کارکنان شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.همچنین نویسندگان از نظرات سازنده داوران محترم که به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند تشکر می‌کنند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش خط‌مشی گذاری عمومی با عنوان "طراحی مدلی برای ارتقاء ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت " با کد ۱۶۲۵۲۰۰۶۴ دانشگاه آزاد رفسنجان می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری می‌باشد که کلیه مراحل انجام ان با رعایت نکات اخلاقی و رضایت شرکت کنندگان صورت گرفته است.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م/ ض، م ص/ الف، م ع/ ن

جمع‌آوری داده‌ها:/ م ص/ الف

تحلیل داده‌ها: م ص/ الف

نگارش و اصلاح مقاله: م/ ض، م ص/ الف، م ع/ ن

References

1. 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. doi: 10.22059. jipa.. 268859.2409.[Persian]
2. Ghorbanizadeh, V, Sharifzadeh, F, Motazedian, R. Analysis of Issues Implementation Organizational Policies.Journal of Strategic Management Studies, 2016; 6(24): 67-95. [Persian]
3. Malek Mohammadi H/ Basics and principles of public policy making. Tehran: Samt, Humanities research and development center; 2015: 24-31. [Persian]
4. Memarzadeh Tehran G, Mir Sepasi N, Jalili S/ Presenting a model for evaluation the effectiveness of the implementation of public policies of the Republic Islamic Iran in the field of health and treatment/ Quarterly State Management Mission 2013; 2(4): 19-31. [Persian]
5. Keshvardoost S. Examination of the factors affecting the implementation of fifth development plan in culture and health section in Iran emphasized the role of implementation research in public policy/ Political Quarterly 2017; 47(2): 471-87/ doi: 10/22059/jpq/2017/61766. [Persian]
6. Givarian H, Rabiei M/ Advanced government policymaking process/ Tehran: Mehraban Book institute; 2014: 32-6. [Persian]
7. Safari Dashtaki, M, Nik Bakhsh, M A, and Zare, R// Continuity and change in public policy and management/ Public Policy/ 2017, 4(3), 177-197. [Persian]
8. Danaeyfard H, Kordnatiej A, Lajevardi S. The preferment of policy making capacity in country: typology of think

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

tanks role/ Journal of Public Administration 2011; 3(6): 55-132.[Persian]
9. Vahdati H, Montazerinajafabadi R. Diagnosis ofExamining key factors in the failure of some public policy in the IR.Iran: a study of tax policies in the country. Organizational Culture Management 2012; 11(1): 33-68. [Persian]
10. Hope KR/ Development in the third world: from policy failure to policy reform/ 1st ed/ New York: Routledge2016: 224. doi: 10.4324. 9781315285498.
11. Rashidian A. Policymaking challenges and the need to create coherent structures to help evidence-informed decision-making in the country's health system/ Hakim Health System Research 2012; 16(3): 258-61.[Persian]
12. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic healthcare expenditure in a lowincome society of Iran.Health Policy and Planning 201227(7): 613-623. [Persian]
13. Abadian, M; Zanjechi, Mahmoud and Asadi, M. Evaluating the quality of DSL services with the combined approach of failure analysis and its effects and fuzzy data coverage analysis (case study: one of the Internet service provider companies). Production and Operations Management, 2012 ,No. 2, Volume 3(5), pp. 59-76.[Persian]
14. Rezaei, Youssef, Haj Karimi, Abbas Ali, Seyed Javadin, Seyed Reza, Hassan Qolipour, Tahamvort. Designing a structural-interpretive model of organizational factors of effective leadership development. Public Management Research, 2019; 13(49): 83-109. doi: 10/22111/jmr/2020/31771/4805.[Persian]
15. Managing conflicts of interest in the development of health guidelines Gregory Traversy, Lianne Barnieh, Elie A. Akl, G. Michael Allan, Melissa Brouwers, Isabelle Ganache, Quinn Grundy, Gordon H/ Guyatt, Diane Kelsall, Gillian Leng, Ainsley Moore, Navindra Persaud, Holger J. Schünemann, Sharon Straus, Brett D. Thombs, Rachel Rodin and Marcello Tonelli CMAJ January 11, 2021 193 (2) E49-E54; DOI: https://doi/org/10/1503/cmaj/200651
16. Iyanda KA, Bello SD. Problems and challenges of policy implementation for national development. Research on Humanities and Social Sciences 2016; 6(15): 60-5.
17. Ababsi A, Motazadiyan R, Miraii M. Investigation the barriers of public policy implementation in governmental organizations. ORMR 2016; 6(2): 49-69. [Persian]

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]

CC BY- NC 4.0

Identifying and prioritizing measures to reduce the failure of the implementation of health system policies based on the technique of analyzing failure states and their effects and fuzzy TOPSIS

Abolhasani MS[1], Ziaadini M[2*], Nik Bakhsh MA[3]

[1]Ph.D. student of public administration, Department of Management, Rafsanjan Azad University, Rafsanjan, Iran
[2]Assistant Professor of Management Department, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran
[3] Assistant Professor of Management Department, Bandar Dilam Branch, Islamic Azad University, Bandar Dilam, Iran

Abstract

Inroduction: policy implementation is the actions that are taken by government or private sector individuals with the aim of realizing the goals of the policy.Many experts have listed many factors in explaining the factors affecting policy implementation and the problems of policy implementation, and most of them believe that the problems of policy implementation are different with the conditions of each society. Several measures lead to the reduction of failure in the implementation of health system policies/ the purpose of this research is to identify and rank these factors.

Materials and methods: This research was applied and in terms of strategy, it was a survey. The research community consisted of 21 health managers of the country, who were selected through non-random and purposeful sampling. The tools of data collection are interviews and questionnaires, and the FMEA technique and the combined approach of AHP and Fuzzy TOPSIS were used to analyze the data.

Results: The results of the research showed that the experts have a total of 10 dimensions in the spectrum of failure reduction measures, including cultural factors, communication, structure, implementation method, management, support, manpower.policy implementers, society, policy formulation and environment and 50 components. They proposed important measures effective in reducing the failure of the implementation of health system policies.

Conclusion: What was stated in this research as the measures to reduce the failure in the implementation of these policies will help the managers and actors of the health system policy field to prevent the occurrence of problems in the path of successful implementation of the health system policies by knowing the factors that reduce the failure of the implementation of the health system policies. Get healthy.

Keywords: Health System, Policy Implementation, Policy making, Mitigation Measures

This paper should be cited as:
Abolhasani MS, Ziaadini M , Nik Bakhsh MA. Identifying and prioritizing measures to reduce the failure of the implementation of health system policies based on the technique of analyzing failure states and their effects and fuzzy TOPSIS. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2024; 16(1): 11-30.

[*] ***Corresponding Author***
Email: mziaaddini@yahoo.com
Tel: +98 9133913550
Received: 30.12.2023 ***Accepted: 01.03.2024***

CC BY- NC 4.0

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tkj.v16i1.15121]