

Force Field Analysis of Capacity Enhancement for the Implementation of National Health Policies

1. Abbas Abolzadeh[✉]: Department of Management, Raf.C., Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

2. Mohammad Ziaaddini^{✉*}: Department of Management, Raf.C., Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

3. Mostafa Hadavinajad[✉]: Associate Professor, Department of Management, Faculty of Administrative Sciences and Economy, Vali-E-Asr University of Rafsanjan, Rafsanjan, Iran

*Corresponding Author's Email Address: mziaaddini@iau.ac.ir

Abstract:

This study aimed to analyze the driving and restraining forces affecting the capacity for implementing national health policies and to explain the relationships among factors that reduce barriers and strengthen implementation drivers. This qualitative study was conducted in two stages. In the first stage, force field analysis was used to identify driving forces, restraining forces, factors reducing restraining forces, and factors strengthening driving forces. Participants included 16 academic and executive experts in health policy and the health system who were selected through purposive and snowball sampling. Data were collected through semi-structured interviews, document review, and a force-intensity assessment questionnaire and analyzed using qualitative content analysis and mean expert scores. In the second stage, a matrix questionnaire based on fuzzy cognitive mapping was used to assess the direction and intensity of relationships among the identified factors. Expert judgments were converted into fuzzy values, defuzzified, and relationships below the 0.65 threshold were excluded. The major restraining forces included inadequate managerial knowledge and meritocracy, systemic coordination problems, conflicts of interest, resource shortages, weak infrastructure, insufficient organizational support, ineffective leadership, and resistance to change. The principal driving forces included continuous education, merit-based management, decentralization, stronger resources, access to credible evidence, effective leadership, organizational support, and policy institutionalization. Fuzzy cognitive mapping identified five central components: valid knowledge and information; human, financial, and infrastructural resources; organizational culture and leadership; planning structure and implementation coordination; and organizational institutionalization and adaptability. Enhancing health policy implementation capacity requires simultaneous and multidimensional intervention in knowledge, resources, leadership, coordination, and institutionalization, while the concurrent management of driving and restraining forces can improve the sustainability and effectiveness of policy implementation.

Keywords: Policy Implementation; Health Policies; Force Field Analysis; Implementation Capacity; Fuzzy Cognitive Mapping; Health System

How to Cite: Abolzadeh, A., Ziaaddini, M., & Hadavinajad, M. (2027). Force Field Analysis of Capacity Enhancement for the Implementation of National Health Policies. *Management, Education and Development in Digital Age*, 4(6), 1-20.



تحلیل میدان نیروی ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور

۱. عباس ابول زاده^۱: گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

۲. محمد ضیاء الدینی^{۲*}: گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

۳. مصطفی هادوی نژاد^۳: دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه ولی عصر (عج) رفسنجان، رفسنجان، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: mziaaddini@iau.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تحلیل نیروهای وادارنده و بازدارنده مؤثر بر ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور و تبیین روابط میان عوامل کاهش‌دهنده موانع و تقویت‌کننده محرک‌های اجرا بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، از تحلیل میدان نیرو برای شناسایی نیروهای وادارنده، نیروهای بازدارنده، عوامل کاهش‌دهنده نیروهای بازدارنده و عوامل تقویت‌کننده نیروهای وادارنده استفاده شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۶ خبره علمی و اجرایی حوزه خطمشی‌گذاری و نظام سلامت بودند که به صورت هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، بررسی مستندات و پرسشنامه ارزیابی شدت نیروها گردآوری و با تحلیل محتوای کیفی و محاسبه میانگین امتیازات تحلیل شدند. در مرحله دوم، پرسشنامه ماتریسی مبتنی بر نگاشت شناختی فاز برای ارزیابی جهت و شدت روابط میان عوامل به کار رفت. قضاوت‌های خبرگان به مقادیر فاز تبدیل و پس از فازبندی، روابط با مقدار کمتر از ۰.۶۵ حذف شدند. نتایج نشان داد نیروهای بازدارنده عمدتاً شامل ضعف دانش و شایسته‌سالاری مدیریتی، ناهماهنگی سیستمی، تعارض منافع، کمبود منابع، ضعف زیرساخت، حمایت سازمانی ناکافی، رهبری ضعیف و مقاومت در برابر تغییر بودند. در مقابل، آموزش مستمر، شایسته‌سالاری، تمرکززدایی، تقویت منابع، دسترسی به شواهد معتبر، رهبری مؤثر، حمایت سازمانی و نهادینه‌سازی خطمشی‌ها مهم‌ترین نیروهای وادارنده بودند. نگاشت شناختی فاز پنج مؤلفه محوری شامل دانش و اطلاعات معتبر، منابع انسانی و مالی و زیرساختی، فرهنگ سازمانی و رهبری، ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی و نهادینه‌سازی و تغییرپذیری سازمانی را نشان داد. ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی نیازمند مداخله‌ای چندبعدی و هم‌زمان در حوزه‌های دانش، منابع، رهبری، هماهنگی و نهادینه‌سازی است و مدیریت هم‌زمان نیروهای بازدارنده و وادارنده می‌تواند پایداری اجرای خطمشی‌ها را افزایش دهد.

کلیدواژه‌گان: اجرای خطمشی؛ خطمشی‌های بهداشتی؛ تحلیل میدان نیرو؛ ظرفیت اجرا؛ نگاشت شناختی فاز؛ نظام سلامت

نحوه استناددهی: ابول زاده، عباس، ضیاء الدینی، محمد، و هادوی نژاد، مصطفی. (۱۴۰۶). تحلیل میدان نیروی ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور. مدیریت، آموزش و توسعه در عصر دیجیتال، ۴(۶)، ۱-۲۰.

مقدمه

خطمشی‌های بهداشتی یکی از بنیادی‌ترین ابزارهای دولت‌ها برای هدایت نظام سلامت، پاسخ‌گویی به نیازهای جمعیت، کاهش نابرابری‌های سلامت، تخصیص منابع، تنظیم رفتار سازمان‌ها و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات هستند. با این حال، تدوین یک خطمشی مناسب الزاماً به تحقق پیامدهای مورد انتظار منجر نمی‌شود و بخش مهمی از موفقیت یا شکست سیاست‌های سلامت به ظرفیت نظام اجرایی برای تبدیل اهداف، قوانین، اسناد بالادستی و برنامه‌های رسمی به اقدامات هماهنگ و پایدار وابسته است. در واقع، فاصله میان «تصویب خطمشی» و «اجرای مؤثر خطمشی» یکی از چالش‌های مزمن نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف است. این فاصله زمانی برجسته‌تر می‌شود که اجرای سیاست نیازمند همکاری چندین سازمان، گروه حرفه‌ای، مدیران، کارکنان، سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان بیرونی باشد. در چنین شرایطی، ظرفیت اجرای خطمشی را نمی‌توان صرفاً به وجود منابع مالی یا صدور دستورالعمل محدود کرد؛ بلکه این ظرفیت حاصل تعامل میان توان مدیریتی، دانش تخصصی، ساختارهای سازمانی، منابع، هماهنگی بین‌بخشی، مشروعیت تصمیمات، فرهنگ سازمانی، رهبری، کیفیت ارتباطات و قابلیت یادگیری و سازگاری نظام سلامت است. از این منظر، تأکید بر ظرفیت سیاستی و اجرایی برای انجام اصلاحات سلامت، یکی از پیش‌شرط‌های اساسی موفقیت اصلاحات و جلوگیری از گسست میان طراحی و اجرا به شمار می‌رود (Forest et al., 2015).

مفهوم ظرفیت اجرای خطمشی به توانایی بازیگران و نهادهای مسئول برای درک اهداف سیاست، تجهیز منابع، هماهنگ‌سازی اقدامات، حل مسائل اجرایی، سازگار کردن سیاست با شرایط واقعی و استمرار اجرای آن اشاره دارد. این ظرفیت دارای ابعاد فردی، سازمانی و سیستمی است و تضعیف هر یک از این سطوح می‌تواند اجرای یک خطمشی را مختل کند. در سطح فردی، دانش، مهارت، نگرش، اختیار و مسئولیت‌پذیری مدیران و کارکنان اهمیت دارد؛ در سطح سازمانی، وجود منابع، ساختار مناسب، نظام ارزیابی، فرهنگ حمایتی و رهبری مؤثر تعیین‌کننده است؛ و در سطح کلان، کیفیت حکمرانی، هماهنگی بین‌بخشی، ثبات نهادی و سازوکارهای تصمیم‌گیری اهمیت می‌یابد. در چارچوب تاب‌آوری نظام سلامت نیز حکمرانی و ظرفیت مدیریت به‌عنوان عناصر اصلی توان پاسخ‌گویی، انطباق و تحول نظام در برابر فشارها و تغییرات معرفی شده‌اند. چنین رویکردی نشان می‌دهد که ظرفیت اجرایی صرفاً به حفظ عملکرد جاری محدود نیست، بلکه شامل توانایی یادگیری، بازآرایی منابع و اصلاح شیوه عمل در برابر محیط پیچیده نیز می‌شود (Blanchet et al., 2017). از این رو، مطالعه ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی مستلزم توجه هم‌زمان به نیروهایی است که اجرای سیاست را تسهیل می‌کنند و نیروهایی که در برابر تغییر مقاومت ایجاد می‌کنند.

یکی از حوزه‌های مهم ظرفیت سیاستی، کیفیت شبکه‌های ارتباطی و حکمرانی میان بازیگران مختلف است. اجرای خطمشی‌های سلامت در بسیاری از موارد از طریق شبکه‌هایی انجام می‌شود که در آن‌ها دولت، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، دانشگاه‌ها، نهادهای حرفه‌ای، انجمن‌ها و سایر ذی‌نفعان مشارکت دارند. تجربه حکمرانی شبکه‌ای نشان داده است که ظرفیت خطمشی می‌تواند از طریق روابط میان بازیگران، یادگیری متقابل، تبادل دانش و شکل‌گیری اعتماد افزایش یابد؛ در عین حال، تفاوت در ساختار شبکه‌ها و شیوه مدیریت روابط می‌تواند به نتایج اجرایی متفاوت منجر شود (Tenbensel & Silwal, 2023). بنابراین، اجرای موفق سیاست نه فقط محصول توان یک سازمان، بلکه حاصل کیفیت روابط بین‌سازمانی و میزان همسویی میان تصمیم‌گیران و مجریان است. هرچه تضاد منافع، موازی‌کاری، عدم هماهنگی و ابهام مسئولیت‌ها بیشتر باشد، احتمال گسست اجرایی افزایش می‌یابد. در مقابل، شبکه‌های هماهنگ، اختیار مناسب، ارتباطات مستمر و سازوکارهای بازخورد می‌توانند زمینه اجرای پایدارتر خطمشی‌ها را فراهم آورند.

در نظام سلامت ایران نیز شواهد نشان می‌دهد که اجرای سیاست‌ها تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل درهم‌تنیده قرار دارد. مرور عوامل موفقیت و شکست اجرای خطمشی‌های سلامت در ایران نشان داده است که ضعف ساختاری و سازمانی، ناکافی بودن منابع، مشکلات مدیریتی، ناهماهنگی میان نهادها، محدودیت مشارکت ذی‌نفعان، ضعف در نظارت و ارزیابی و مسائل مربوط به محیط سیاسی و اجرایی می‌توانند مانع تحقق اهداف سیاست شوند؛ در مقابل، حمایت مدیریتی، مشارکت، شفافیت، تأمین منابع، برنامه‌ریزی مناسب و سازوکارهای نظارتی از عوامل تسهیل‌کننده اجرا محسوب می‌شوند (Abolhasani et al., 2024). همچنین بررسی چالش‌ها و ضعف‌های سیاست‌های مرتبط با رهبری و حکمرانی سلامت در ایران نشان داده است که مشکلات مربوط به ساختار حکمرانی، هماهنگی، پاسخ‌گویی، تصمیم‌گیری، تعارض منافع و مدیریت می‌تواند ظرفیت نظام سلامت

را برای اجرای مؤثر سیاست‌ها کاهش دهد (Khodayari-Zarnaq et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که مسئله اجرا در نظام سلامت ایران صرفاً کمبود یک منبع یا ضعف یک سازمان نیست، بلکه حاصل میدان پیچیده‌ای از نیروهای نهادی، مدیریتی، دانشی و سازمانی است.

یکی از عناصر اساسی در این میدان، منابع و ظرفیت‌های سازمانی است. بسیاری از سیاست‌های سلامت در مرحله اجرا با محدودیت منابع انسانی، مالی، زمانی و زیرساختی مواجه می‌شوند و همین امر باعث می‌شود دامنه اجرای واقعی آن‌ها از طراحی اولیه فاصله بگیرد. تحلیل سیاست‌های ظرفیت مراقبت بلندمدت نشان داده است که پاسخ نظام سلامت به تغییرات جمعیتی به نحوه تنظیم ظرفیت و سیاست‌های تخصیص منابع بستگی دارد و تصمیمات ظرفیت‌سازی می‌توانند پیامدهای بلندمدتی برای عملکرد نظام ایجاد کنند (Ansah et al., 2014). بنابراین، منابع صرفاً ورودی‌های اجرایی نیستند، بلکه بخشی از معماری سیاست هستند. اگر تعداد کارکنان، زمان، مهارت، زیرساخت، اطلاعات یا منابع مالی با دامنه وظایف و اهداف سیاست متناسب نباشد، حتی سیاستی با طراحی مناسب نیز ممکن است در سطح اجرا دچار افت عملکرد شود. در سطح سازمانی نیز عوامل مرتبط با سلامت سازمانی، شیوه مدیریت، انسجام ساختاری و کیفیت سیاست‌گذاری داخلی می‌توانند بر توان سازمان برای پذیرش و اجرای سیاست‌های سلامت اثرگذار باشند (Nazemipour et al., 2026).

عامل مهم دیگر، دانش و توانایی تبدیل شواهد به تصمیم و عمل است. نظام سلامت با حجم گسترده‌ای از داده‌ها، پژوهش‌ها، گزارش‌ها و اطلاعات مواجه است، اما ارزش این منابع زمانی آشکار می‌شود که بتوان آن‌ها را به صورت قابل فهم و کاربردی وارد فرایند سیاست‌گذاری و اجرا کرد. مرور مطالعات انتقال دانش در سیاست و عمل سلامت نشان داده است که منابع دانش، پلتفرم‌های ارتباطی، ابزارهای انتقال دانش و کیفیت تعامل میان تولیدکنندگان و کاربران شواهد نقش مهمی در تقویت سیاست و عمل دارند و در عین حال موانعی مانند دسترسی محدود، ضعف ارتباطات، عدم تناسب شواهد با نیاز تصمیم‌گیران و محدودیت ظرفیت استفاده از دانش می‌توانند اثربخشی این فرایند را کاهش دهند (Khatr et al., 2025). از این منظر، ظرفیت اجرا تا حد زیادی به «ظرفیت دانشی» سازمان‌ها وابسته است؛ یعنی توانایی مدیران و کارکنان برای دسترسی به شواهد معتبر، تفسیر آن‌ها، ارزیابی کیفیت اطلاعات و استفاده از آن‌ها در تصمیمات اجرایی. هرگاه تصمیم‌گیری بیش از حد بر تجربه شخصی، فشارهای مقطعی یا اطلاعات غیرقابل اتکا متکی باشد، احتمال اجرای غیرمنسجم و ناکارآمد افزایش می‌یابد.

مشارکت ذی‌نفعان نیز از دیگر عناصر کلیدی ظرفیت اجرای خط‌مشی است. سیاست‌هایی که بدون شناخت کافی از بافت اجتماعی، سازمانی و اجرایی یا بدون مشارکت بازیگران درگیر تدوین می‌شوند، ممکن است با مقاومت، بی‌اعتمادی یا عدم همراهی مجریان مواجه شوند. رویکرد تحلیل مشارکتی خط‌مشی در پژوهش‌های نظام سلامت بر این نکته تأکید دارد که مشارکت فعال ذی‌نفعان می‌تواند درک عمیق‌تری از مسئله، روابط قدرت، زمینه اجرا و پیامدهای سیاست ایجاد کند و فاصله میان تحلیل علمی و واقعیت اجرایی را کاهش دهد (Sapkota et al., 2024). در کنار مشارکت، توجه به ساختارهای قدرت و بازنمایی گروه‌های مختلف نیز اهمیت دارد. برای مثال، بررسی مشارکت رهبران پرستاری در سیاست‌گذاری سلامت نشان داده است که ساختارهای جنسیتی و مناسبات قدرت می‌توانند میزان مشارکت و نفوذ گروه‌های حرفه‌ای در فرایند سیاست‌گذاری را محدود کنند (Inayat et al., 2024). بنابراین، ارتقای ظرفیت اجرا علاوه بر توسعه ابزارهای مدیریتی، مستلزم ایجاد سازوکارهای مشارکتی و کاهش موانع ساختاری در مسیر حضور مؤثر ذی‌نفعان است.

رهبری و نقش مدیران نیز در این میان جایگاه محوری دارد. مدیران نظام سلامت در سطوح مختلف، حلقه واسط میان تصمیمات کلان و اجرای روزمره سیاست‌ها هستند. آنان باید اهداف سیاست را به برنامه‌های اجرایی تبدیل کنند، منابع را تخصیص دهند، کارکنان را هدایت کنند، تعارضات را مدیریت کنند و در برابر تغییرات محیطی پاسخ دهند. نقش مدیران ارشد سلامت در شکل‌دهی و نفوذ بر سیاست‌های مرتبط با سلامت محیطی نیز نشان می‌دهد که ظرفیت رهبری می‌تواند فراتر از مدیریت داخلی سازمان عمل کرده و در جهت‌دهی سیاست‌های عمومی اثرگذار باشد (Narayan, 2023). در مقابل، بی‌ثباتی مدیریتی، انتصاب‌های نامتناسب، محدودیت اختیار، ضعف پاسخ‌گویی و نبود مهارت‌های لازم می‌تواند ظرفیت اجرای خط‌مشی را تضعیف کند. از این رو، شایسته‌سالاری، آموزش مدیران، ثبات نسبی مدیریتی و افزایش اختیار متناسب با مسئولیت از عناصر بنیادین تقویت ظرفیت اجرایی هستند.

ظرفیت اجرای خطمشی همچنین به وجود نظام‌های ارزیابی و بازخورد وابسته است. بدون ارزیابی نظام‌مند، سازمان‌ها نمی‌توانند تشخیص دهند که سیاست تا چه اندازه به اهداف خود نزدیک شده، چه موانعی در اجرا ایجاد شده و کدام اصلاحات ضرورت دارد. مطالعه ارزیابی سیاست‌های سلامت در مناطق روستایی و دورافتاده نشان داده است که زمینه محلی، دسترسی به داده‌های مناسب، مشارکت ذی‌نفعان و درک شرایط اجرایی برای ارزیابی معتبر سیاست ضروری است (Raymond et al., 2023). در ایران نیز ارائه الگوهایی برای ارزیابی سیاست‌های سلامت در نظام اداری با اتکا به اسناد بالادستی نشان می‌دهد که پیوند میان اهداف رسمی، شاخص‌های ارزیابی و عملکرد اجرایی می‌تواند به انسجام بیشتر نظام سیاستی کمک کند (Rahmani et al., 2023). از این منظر، ارزیابی صرفاً مرحله پایانی سیاست نیست، بلکه بخشی از چرخه یادگیری و ارتقای ظرفیت اجراست و باید اطلاعات حاصل از آن به اصلاح تصمیمات و فرایندها بازگردد.

در سال‌های اخیر، تحول دیجیتال نیز ماهیت ظرفیت سیاستی و اجرایی در حوزه سلامت را تغییر داده است. توسعه سلامت دیجیتال، سامانه‌های اطلاعاتی، هوش مصنوعی و پلتفرم‌های ارتباطی موجب شده است که اجرای بسیاری از سیاست‌های سلامت به قابلیت استفاده از فناوری و حکمرانی داده وابسته شود. سیاست‌های سلامت دیجیتال برای تنظیم استفاده ایمن، اثربخش و عادلانه از فناوری‌های جدید ضروری‌اند و نبود چارچوب‌های روشن می‌تواند موجب پراکندگی، نابرابری و مخاطرات اجرایی شود (Al-Meslamani, 2024). تحلیل راهبردهای ملی سلامت دیجیتال نیز نشان داده است که کیفیت سیاست در این حوزه را می‌توان در قالب ابعاد ساختار، فرایند و پیامد بررسی کرد و انسجام میان این ابعاد برای تحقق اهداف سلامت دیجیتال ضروری است (Saheb & Saheb, 2024). در سطح حکمرانی عمومی نیز حرکت به سمت حکمرانی عصر دیجیتال مستلزم بازطراحی ساختارهای اداری، یکپارچه‌سازی داده‌ها، خدمات و ظرفیت‌های سازمانی است و اصلاحات سلامت را نمی‌توان مستقل از تحول دیجیتال بخش عمومی تحلیل کرد (Klenk, 2025).

همزمان، هوش مصنوعی به‌عنوان یکی از فناوری‌های نوظهور، ظرفیت‌ها و چالش‌های جدیدی برای سیاست‌گذاری سلامت ایجاد کرده است. استفاده از هوش مصنوعی می‌تواند تحلیل داده، پیش‌بینی، تخصیص منابع، پایش سلامت جمعیت و حمایت از تصمیم‌گیری را ارتقا دهد؛ اما بهره‌گیری مؤثر از آن نیازمند سیاست‌های روشن، زیرساخت مناسب، استانداردهای اخلاقی و حقوقی، کیفیت داده و نیروی انسانی توانمند است (Aslan, 2024). بنابراین، فناوری زمانی به نیروی وادارنده اجرای سیاست تبدیل می‌شود که سازمان‌ها ظرفیت جذب، استفاده و حکمرانی آن را داشته باشند؛ در غیر این صورت، پیچیدگی فناوری، ضعف زیرساخت، ابهام مسئولیت‌ها و شکاف مهارتی می‌تواند به نیروی وادارنده تبدیل شود. این وضعیت بار دیگر نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل اجرایی ماهیتی دوگانه دارند و بسته به نحوه مدیریت می‌توانند اجرای سیاست را تقویت یا تضعیف کنند.

ارتباطات سیاستی نیز بخشی از همین ظرفیت است. موفقیت اجرای یک سیاست در بسیاری از مواقع به میزان فهم، پذیرش و اعتماد بازیگران و مردم به پیام سیاست وابسته است. پژوهش درباره تعامل دولت و شهروندان در رسانه‌های اجتماعی نشان داده است که نحوه پاسخ‌گویی نهادهای دولتی، لحن تعامل و سطح اعتماد نهادی می‌تواند بر اثربخشی ارتباطات سیاست سلامت اثر بگذارد (Zhang & Lu, 2025). این موضوع در شرایط بحرانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، زیرا تصمیم‌گیران باید در مدت کوتاه از اطلاعات پراکنده به تصمیم قابل اجرا برسند. رویکردهای چندمرحله‌ای و سریع مانند Fast-Track Delphi نشان داده‌اند که می‌توان با سازمان‌دهی منظم دانش خبرگان، فرایند تصمیم‌گیری سیاستی را در بحران‌ها تسریع و در عین حال کیفیت آن را حفظ کرد (Velarde Crézé et al., 2024). از این رو، توان ارتباطی، سازوکارهای اجماع‌سازی و دسترسی سریع به دانش معتبر باید به‌عنوان بخشی از ظرفیت اجرای سیاست در نظر گرفته شوند.

مقایسه سیاست‌های سلامت در حوزه‌های مختلف نیز نشان می‌دهد که وجود خطمشی رسمی به‌تنهایی برای ایجاد تغییر کافی نیست. برای نمونه، مرور تطبیقی سیاست‌های سلامت روان در ایالات متحده و کشورهای آفریقایی نشان داده است که تفاوت در منابع، زیرساخت، ظرفیت سازمانی، اولویت‌های حکمرانی و سازوکارهای اجرایی می‌تواند به شکاف‌های چشمگیر در اثربخشی سیاست‌ها منجر شود (Odilibe et al., 2024). همچنین یافته‌های مربوط به سیاست‌های سلامت روان در مدارس متوسطه نشان می‌دهد که طراحی و اجرای سیاست‌های سازمانی می‌تواند بر بهزیستی دانش‌آموزان و ادراک آنان از فضای مدرسه اثر بگذارد و پیامدهای سیاست به کیفیت اجرای آن در محیط واقعی وابسته است (Schrijvers et al., 2026). این شواهد بر این نکته تأکید دارند که سیاست وقتی اثرگذار است که در ساختارها، رویه‌ها و رفتارهای روزمره سازمانی نهادینه شود.

در ایران، ماهیت جغرافیایی، اجتماعی و نهادی ارائه خدمات سلامت نیز ضرورت توجه به زمینه را افزایش می‌دهد. مطالعات مرتبط با توسعه روستاهای سلامت و یکپارچه‌سازی خدمات با رویکرد گردشگری پزشکی نشان داده‌اند که توسعه خدمات سلامت نیازمند توجه به شاخص‌های چندبعدی و ارتباط میان ابعاد فضایی، خدماتی، مدیریتی و توسعه‌ای است (Hosseini & Taghvaei, 2021). بنابراین، نسخه واحد و یکسان برای اجرای خطمشی‌ها در همه محیط‌ها ممکن است اثربخشی لازم را نداشته باشد و ظرفیت اجرایی باید توان سازگاری سیاست با شرایط محلی و سازمانی را دربر گیرد. همین ضرورت انطباق، اهمیت انعطاف‌پذیری سازمانی و قابلیت تغییر را برجسته می‌کند؛ زیرا سازمان‌هایی که ساختارهای سخت، سلسله‌مراتبی و غیرقابل انعطاف دارند، در برابر تغییرات محیطی و سیاستی آسیب‌پذیرتر خواهند بود.

مجموع شواهد موجود نشان می‌دهد که اجرای خطمشی‌های بهداشتی در یک میدان چندنیروی شکل می‌گیرد؛ میدانی که در آن آموزش و دانش، شایسته‌سالاری، اختیار مدیران، هماهنگی، منابع، اطلاعات معتبر، حمایت سازمانی، رهبری، مشارکت، ارزیابی، فناوری و نهادینه‌سازی تغییر می‌توانند به‌عنوان نیروهای تقویت‌کننده عمل کنند، در حالی که ضعف دانش، انتصاب نامناسب، تمرکزگرایی، تعارض منافع، کمبود منابع، پیچیدگی اطلاعات، ضعف نظارت، مقاومت در برابر تغییر، فاصله میان پژوهش و سیاست و اجرای صوری می‌توانند جهت حرکت نظام را معکوس کنند. این وضعیت ضرورت استفاده از رویکردی را مطرح می‌کند که صرفاً به فهرست کردن عوامل بسنده نکند، بلکه بتواند تعادل میان نیروهای وادارنده و بازدارنده و همچنین روابط میان عوامل مؤثر بر کاهش موانع و تقویت محرک‌ها را آشکار سازد. تحلیل میدان نیرو در چنین شرایطی امکان دسته‌بندی عوامل در قالب نیروهای محرک و بازدارنده را فراهم می‌کند و نگاشت شناختی فازی می‌تواند روابط جهت‌دار و شدت اثرگذاری میان عوامل را در یک ساختار شبکه‌ای نشان دهد. ترکیب این دو رویکرد می‌تواند درک منسجم‌تری از سازوکارهای ارتقای ظرفیت اجرا ایجاد کند و سیاست‌گذاران را در تشخیص نقاط مداخله‌ای مؤثر یاری دهد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تحلیل میدان نیروی ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور و تبیین روابط میان عوامل کاهش‌دهنده نیروهای بازدارنده و تقویت‌کننده نیروهای وادارنده با استفاده از نگاشت شناختی فازی بود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با هدف شناسایی و تبیین سازوکارهای ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور انجام شد. با توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی اجرای خطمشی‌های حوزه سلامت و ضرورت توجه هم‌زمان به عوامل تسهیل‌کننده، موانع اجرایی و روابط متقابل میان عوامل اثرگذار، طراحی پژوهش در دو مرحله مکمل انجام گرفت. در مرحله نخست، از روش تحلیل میدان نیرو برای شناسایی نیروهای وادارنده و بازدارنده مؤثر بر ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی و همچنین تعیین عوامل مؤثر بر تضعیف نیروهای بازدارنده و تقویت نیروهای وادارنده استفاده شد. در مرحله دوم، به‌منظور تحلیل روابط متقابل میان عوامل شناسایی‌شده و مشخص کردن جهت و شدت اثرگذاری آن‌ها بر یکدیگر، از نگاشت شناختی فازی بهره گرفته شد. منطق استفاده از این طراحی دو مرحله‌ای آن بود که ابتدا ساختار مسئله از منظر خبرگان علمی و اجرایی شناسایی شود و عوامل کلیدی مؤثر بر اجرای خطمشی‌های بهداشتی در قالب میدان نیرو استخراج گردند و سپس روابط میان این عوامل در قالب یک ساختار شبکه‌ای و فازی تحلیل شود. به این ترتیب، تحلیل میدان نیرو امکان شناسایی مجموعه نیروهایی را فراهم کرد که اجرای خطمشی را به سمت بهبود سوق می‌دهند یا در مقابل آن مقاومت ایجاد می‌کنند و نگاشت شناختی فازی نیز امکان تبدیل این مجموعه عوامل به یک مدل منسجم از روابط جهت‌دار و شدت اثرگذاری آن‌ها را فراهم ساخت. انتخاب این طراحی با مبانی نظری مطالعات اجرای خطمشی همخوان بود؛ زیرا در ادبیات اجرای خطمشی بر نقش عواملی مانند وضوح اهداف، منابع، هماهنگی بین‌سازمانی، نگرش و توانایی مجریان، ویژگی‌های سازمان‌های مسئول اجرا، شرایط محیطی، حمایت سازمانی، آموزش، نظارت، سازگاری با زمینه و مشارکت ذی‌نفعان تأکید شده است.

مشارکت‌کنندگان پژوهش از میان خبرگان علمی و اجرایی آشنا با خطمشی‌گذاری عمومی، سیاست‌گذاری سلامت و مسائل اجرایی نظام سلامت انتخاب شدند. با توجه به ماهیت خبره‌بنیاد پژوهش، نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام گرفت و برای دستیابی به افرادی که از دانش تخصصی یا تجربه اجرایی مرتبط برخوردار بودند، از روش گلوله‌برفی نیز استفاده شد. معیار ورود به پژوهش شامل برخورداری از دانش یا تجربه مرتبط با خطمشی‌گذاری عمومی یا نظام سلامت، آشنایی با مسائل مرتبط با طراحی یا اجرای خطمشی‌های بهداشتی، داشتن تجربه علمی، مدیریتی یا اجرایی مرتبط و تمایل به مشارکت آگاهانه در پژوهش بود. در مجموع، ۱۶ نفر از خبرگان در فرایند پژوهش مشارکت کردند که شامل

هشت خبره علمی و هشت خبره اجرایی بودند. در گروه خبرگان علمی، پنج نفر مرد و سه نفر زن بودند. سه نفر از آنان دارای مرتبه استادی، یک نفر دانشیار و چهار نفر استادیار بودند. دو نفر از خبرگان علمی کمتر از ۴۲ سال و شش نفر بیش از ۴۲ سال سن داشتند و هفت نفر دارای کمتر از ۱۰ سال و یک نفر دارای بیش از ۱۰ سال سابقه کاری بودند. در میان خبرگان اجرایی نیز شش نفر مرد و دو نفر زن بودند؛ دو نفر در سطح مدیریت ارشد، یک نفر در سطح مدیریت میانی و پنج نفر در سطح مدیریت عملیاتی فعالیت داشتند. یک نفر از خبرگان اجرایی کمتر از ۴۲ سال و هفت نفر بیش از ۴۲ سال سن داشتند و پنج نفر کمتر از ۲۰ سال و سه نفر بیش از ۲۰ سال سابقه کاری داشتند. همین گروه از خبرگان در هر دو مرحله پژوهش مشارکت داشتند تا انسجام میان مرحله شناسایی عوامل و مرحله ارزیابی روابط میان آنها حفظ شود. در مرحله نخست، خبرگان در شناسایی نیروهای وادارنده، نیروهای بازدارنده و راهکارهای مدیریت این نیروها مشارکت کردند و در مرحله دوم، روابط میان عوامل استخراج شده را از نظر جهت و شدت اثرگذاری مورد ارزیابی قرار دادند.

گردآوری داده‌ها در مرحله نخست پژوهش با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، بررسی مستندات مرتبط و پرسشنامه ارزیابی شدت نیروها انجام شد. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به گونه‌ای طراحی شد که امکان دستیابی به تجربه‌ها، ادراک‌ها و قضاوت‌های تخصصی خبرگان درباره شرایط اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور فراهم شود. محورهای اصلی مصاحبه شامل شناسایی نیروهای وادارنده‌ای بود که موجب تقویت ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی می‌شوند، نیروهای بازدارنده‌ای که مانع اجرای مطلوب خطمشی‌ها هستند، عواملی که می‌توانند باعث کاهش، کنترل یا حذف نیروهای بازدارنده شوند و عواملی که قابلیت تقویت یا بهره‌برداری مؤثرتر از نیروهای وادارنده را دارند. پرسش‌ها به صورت باز طراحی شدند تا مشارکت‌کنندگان بتوانند بدون محدود شدن به گزینه‌های از پیش تعیین شده، تجربیات و برداشت‌های خود را درباره مسائل اجرایی نظام سلامت بیان کنند. در جریان مصاحبه‌ها، در صورت ضرورت از پرسش‌های پیگیرانه و کاوشگرانه نیز استفاده شد تا ابعاد مختلف هر مفهوم روشن شود و اطلاعات دقیق‌تری درباره چگونگی اثرگذاری عوامل بر ظرفیت اجرای خطمشی‌ها به دست آید. پیش از انجام هر مصاحبه، هدف مطالعه و نحوه استفاده از اطلاعات برای مشارکت‌کننده توضیح داده شد و مصاحبه پس از کسب رضایت وی انجام گرفت. هم‌زمان با داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، اسناد و منابع علمی و اجرایی مرتبط با اجرای خطمشی‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفتند تا یافته‌های حاصل از دیدگاه خبرگان در ارتباط با شواهد و ادبیات موجود بررسی و تکمیل شوند. پس از استخراج فهرست اولیه نیروهای وادارنده و بازدارنده، از یک پرسشنامه ارزیابی نیروها برای تعیین شدت نسبی هر عامل استفاده شد. این پرسشنامه شامل عوامل شناسایی شده در مرحله کیفی بود و خبرگان میزان اثر هر نیرو را بر ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی بر اساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای ارزیابی کردند. در این مقیاس، امتیاز یک بیانگر شدت بسیار کم، امتیاز دو نشان‌دهنده شدت کم، امتیاز سه بیانگر شدت متوسط، امتیاز چهار نشان‌دهنده شدت زیاد و امتیاز پنج بیانگر شدت بسیار زیاد بود. استفاده از این ابزار امکان مقایسه نیروها و مشخص کردن میزان اهمیت نسبی هر یک از نیروهای وادارنده و بازدارنده را فراهم کرد.

در مرحله دوم، ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه ماتریسی مبتنی بر اصول نگاشت شناختی فازی بود که بر اساس مجموعه عوامل استخراج شده از مرحله تحلیل میدان نیرو طراحی شد. تمام نیروهای وادارنده، نیروهای بازدارنده، عوامل کاهش‌دهنده نیروهای بازدارنده و عوامل تقویت‌کننده نیروهای وادارنده به عنوان گره‌های بالقوه نقشه شناختی فازی وارد این پرسشنامه شدند. ساختار ابزار به صورت یک ماتریس روابط تنظیم شد، به گونه‌ای که عوامل پژوهش در سطرها و ستون‌های ماتریس قرار گرفتند و خبرگان میزان اثر هر عامل بر هر یک از عوامل دیگر را ارزیابی کردند. رابطه میان دو عامل به صورت جهت‌دار در نظر گرفته شد؛ بنابراین اثر عامل نخست بر عامل دوم مستقل از اثر عامل دوم بر عامل نخست ارزیابی شد. از خبرگان خواسته شد علاوه بر وجود یا نبود رابطه، جهت و شدت اثرگذاری را نیز مشخص کنند. اثر مثبت بیانگر آن بود که افزایش یا تقویت عامل نخست موجب افزایش یا تقویت عامل دوم می‌شود و اثر منفی نشان می‌داد که افزایش عامل نخست می‌تواند سبب کاهش یا تضعیف عامل دوم شود. در صورت نبود رابطه قابل تشخیص میان دو عامل، مقدار صفر در نظر گرفته شد. برای سنجش شدت روابط از طیف کلامی خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد استفاده شد و این ارزیابی‌های کلامی در مرحله تحلیل به مقادیر فازی متناظر تبدیل شدند. استفاده از پرسشنامه ماتریسی فازی این امکان را فراهم کرد که قضاوت‌های کیفی و ذهنی خبرگان درباره شدت روابط میان عوامل به مقادیر قابل تحلیل تبدیل شود و ساختار روابط میان عوامل بر مبنای دیدگاه تجمیع شده گروه خبرگان شکل گیرد.

تحلیل داده‌ها در مرحله نخست با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و منطبق تحلیل میدان نیرو انجام گرفت. پس از انجام مصاحبه‌ها، محتوای آن‌ها به‌صورت کامل پیاده‌سازی شد و متن حاصل چندین بار مورد مطالعه قرار گرفت تا پژوهشگر با کلیت دیدگاه‌ها و مفاهیم مطرح‌شده آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی شناسایی و کدگذاری اولیه شدند. کدهای استخراج‌شده مورد مقایسه قرار گرفتند و کدهایی که از نظر معنایی یا مفهومی شباهت داشتند در قالب مفاهیم مشترک ادغام شدند. در ادامه، مفاهیم حاصل بر اساس منطق تحلیل میدان نیرو در چهار حوزه اصلی سازمان‌دهی شدند که شامل نیروهای وادارنده ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی، نیروهای بازدارنده اجرای خط‌مشی‌ها، عوامل مؤثر بر کاهش یا حذف نیروهای بازدارنده و عوامل مؤثر بر تقویت یا بهره‌گیری از نیروهای وادارنده بود. این فرایند موجب شد عوامل پراکنده مطرح‌شده توسط خبرگان به ساختاری منسجم و قابل تحلیل تبدیل شوند. پس از نهایی شدن عوامل، داده‌های حاصل از پرسشنامه ارزیابی شدت نیروها مورد تحلیل قرار گرفتند. برای هر عامل، میانگین امتیازهای ارائه‌شده توسط خبرگان محاسبه شد و بر اساس مقدار میانگین، شدت نسبی عامل تعیین گردید. سپس نیروهای وادارنده و بازدارنده از نظر قدرت اثرگذاری با یکدیگر مقایسه شدند و وضعیت میدان نیرو برای ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. این مرحله مشخص کرد که کدام نیروها از بیشترین ظرفیت برای تسهیل اجرا برخوردارند، کدام موانع بیشترین قدرت بازدارندگی دارند و چه راهکارهایی می‌توانند برای تغییر تعادل میدان به نفع اجرای مؤثرتر خط‌مشی‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

در مرحله دوم، داده‌های ماتریسی بر اساس اصول نگاشت شناختی فازی تحلیل شدند. ابتدا ارزیابی‌های کلامی خبرگان درباره شدت روابط میان عوامل به مقادیر فازی متناظر تبدیل شدند تا ابهام و عدم قطعیت موجود در قضاوت‌های انسانی در فرایند تحلیل حفظ شود. سپس برای هر رابطه جهت‌دار میان دو عامل، دیدگاه خبرگان تجمیع شد و میانگین فازی مربوط به آن رابطه محاسبه گردید. در ادامه، مقادیر فازی حاصل با استفاده از فرایند فازی‌زدایی به مقادیر قطعی تبدیل شدند تا شدت نهایی هر رابطه قابل مقایسه و تفسیر باشد. به‌منظور جلوگیری از ورود روابط ضعیف و فاقد اهمیت کافی به مدل نهایی، مقدار ۰.۶۵ به‌عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد. بر این اساس، روابطی که مقدار فازی‌زدایی‌شده آن‌ها کمتر از ۰.۶۵ بود از ساختار نهایی نقشه حذف شدند و تنها روابطی که مقدار آن‌ها برابر یا بیشتر از این آستانه بود به‌عنوان روابط معتبر در مدل حفظ شدند. سپس ماتریس نهایی روابط تشکیل و نقشه شناختی فازی بر مبنای آن ترسیم شد. در مدل نهایی، هر عامل به‌صورت یک گره و هر رابطه معتبر میان عوامل به‌صورت یک پیکان جهت‌دار نمایش داده شد؛ جهت پیکان بیانگر جهت اثرگذاری و وزن رابطه بیانگر شدت تأثیر عامل مبدأ بر عامل مقصد بود. به این ترتیب، مدل نهایی نه‌تنها عوامل مؤثر بر ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی را نشان داد، بلکه ساختار وابستگی‌ها، مسیرهای اثرگذاری و شدت روابط میان آن‌ها را نیز آشکار ساخت. تحلیل مرحله دوم به‌طور اختصاصی بر منطق نگاشت شناختی فازی استوار بود و از روش‌های مربوط به نگاشت شناختی کلاسیک یا تحلیل شبکه‌ای مانند مقیاس‌پردازی چندبعدی، تحلیل خوشه‌ای، QAP یا CONCOR استفاده نشد؛ زیرا هدف پژوهش، تحلیل روابط جهت‌دار و دارای شدت فازی میان عوامل از منظر خبرگان و تبدیل آن‌ها به یک مدل منسجم برای ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی کشور بود.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو مرحله اصلی حاصل شد. در مرحله نخست، با استفاده از تحلیل میدان نیرو، مجموعه نیروهای وادارنده و بازدارنده مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی کشور شناسایی شد و سپس عواملی که می‌توانستند به کاهش یا حذف نیروهای بازدارنده و تقویت نیروهای وادارنده منجر شوند، استخراج گردید. در مرحله دوم، روابط میان این عوامل با استفاده از نگاشت شناختی فازی مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس روابط دارای شدت قابل قبول، مؤلفه‌های محوری مدل ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های بهداشتی شکل گرفت. در نهایت، ترکیب نتایج تحلیل میدان نیرو و نگاشت شناختی فازی به تدوین مدل مفهومی پژوهش منجر شد.

جدول ۱. نیروهای وادارنده و بازدارنده مؤثر بر اجرای خطمشی‌های بهداشتی

مضمون اصلی	نیروهای بازدارنده	نیروهای وادارنده
آموزش، شایسته‌سالاری و ثبات کاری مدیران	دانش ناکافی مدیران و کارکنان درباره خطمشی‌های بهداشتی؛ انتصاب نایجا و نامناسب مدیران؛ مسائل فراتر از اختیارات مدیران؛ عدم مسئولیت‌پذیری مدیران؛ بی‌ثباتی و ناامنی شغلی مدیران	آموزش مدیران و کارکنان؛ انتصاب درست و تربیت مدیران کارآمد؛ تمرکززدایی و افزایش دامنه اختیارات مدیران
تضاد و ناهماهنگی سیستمی و مدیریتی	کمبود مدیریت هماهنگ و فراگیر؛ تضاد و تقابل منافع؛ منافع و اولویت‌های متضاد؛ اتخاذ تصمیمات کلان بر پایه مبانی نامربوط و نامناسب	تحول سیستم برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری؛ اتخاذ تصمیمات کلان سازمانی بر پایه مبانی مرتبط و مناسب
زیرساخت، ساختار و منابع سازمانی	کمبود زیرساخت‌ها، تسهیلات، منابع و هماهنگی سیستمی؛ کمبود منابع انسانی، زمانی و مالی؛ محدودیت‌های زمانی، دامنه و میزان فعالیت‌ها؛ پیچیدگی و ابهام اطلاعات موجود؛ فشار کاری و افت عملکرد؛ تعداد محدود کارکنان و مهارت و دانش ناکافی آنان	ایجاد تحولات لازم در ساختارهای سازمانی؛ فراهم کردن دسترسی به منابع اطلاعات معتبر و مستدل؛ منابع مالی، زیرساخت‌ها و ساختارهای مناسب؛ افزایش و تقویت نیروی کار و ایجاد ظرفیت؛ مشخص بودن اهداف، دامنه فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها
حمایت و فرهنگ سازمانی	ارزیابی نامناسب و نبود حمایت‌های کافی؛ عدم وجود فرهنگ سازمانی مرتبط با خطمشی‌های بهداشتی؛ عدم حضور ملموس رهبران سلامت؛ نبود تعهد و حمایت سازمانی یا رهبری ضعیف؛ ارتباط و همکاری ضعیف میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران	حمایت سازمانی؛ حمایت و نظارت مناسب؛ رهبری مؤثر و فرهنگ توانمندسازی؛ ایجاد فرهنگ سازمانی اقدام بر اساس شواهد و مستندات؛ تعامل میان محققان و سیاست‌گذاران؛ حمایت سازمانی و رهبری قوی
تغییر و تحول در خطمشی‌های اجرایی	نبود رضایت ذی‌نفعان و نبود انگیزه برای تغییر؛ پیشبرد خطمشی‌های بهداشتی بر اساس ساختار سازمانی و اجرایی موجود؛ عدم عملکرد بر اساس خطمشی‌های تعیین‌شده؛ مقاومت در برابر تغییر؛ نبود برنامه‌های مشخص مطابق با خطمشی‌های تعیین‌شده	سرمايه‌گذاری بر فرصت‌های تغییر؛ به رسمیت شناختن خطمشی‌های بهداشتی به عنوان اولویت سازمانی؛ الزام و پیروی از عملکردهای استاندارد؛ لحاظ کردن خطمشی‌های بهداشتی تعیین‌شده در روندهای سازمانی؛ انتشار هدفمند و متناسب نتایج اعمال خطمشی‌ها

یافته‌های جدول ۱ نشان داد که نیروهای بازدارنده اجرای خطمشی‌های بهداشتی عمدتاً در پنج حوزه مدیریتی، سیستمی، منابع و زیرساخت، فرهنگ و حمایت سازمانی، و مقاومت در برابر تغییر متمرکز بودند. از مهم‌ترین موانع می‌توان به ضعف دانش مدیران و کارکنان، انتصاب‌های نامتناسب، محدودیت اختیارات مدیران، تعارض منافع، کمبود منابع انسانی و مالی، فشار کاری، ضعف فرهنگ سازمانی، حمایت ناکافی مدیریتی، ارتباط محدود میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و مقاومت در برابر تغییر اشاره کرد. در مقابل، نیروهای وادارنده بیشتر بر آموزش مستمر، شایسته‌سالاری، تمرکززدایی، اصلاح نظام برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری، تقویت منابع و زیرساخت‌ها، توسعه رهبری مؤثر، حمایت سازمانی، استفاده از شواهد معتبر، تعامل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و نهادینه‌سازی خطمشی‌های بهداشتی در فرایندهای سازمانی تأکید داشتند.

جدول ۲. عوامل حذف یا کاهش نیروهای بازدارنده و عوامل تقویت نیروهای وادارنده

ردیف	عوامل حذف یا کاهش نیروهای بازدارنده	عوامل تقویت نیروهای وادارنده
۱	آموزش هدفمند مدیران و کارکنان درباره خطمشی‌های بهداشتی	توسعه برنامه‌های آموزشی مستمر برای مدیران و کارکنان
۲	اصلاح فرایند انتصاب مدیران و کاهش انتصاب‌های نامتناسب	استقرار شایسته‌سالاری و تربیت مدیران کارآمد
۳	کاهش تمرکزگرایی و افزایش اختیار مدیران اجرایی	تقویت اختیار تصمیم‌گیری در سطوح اجرایی
۴	کاهش تعارض منافع و ایجاد سازوکارهای هماهنگی بین‌بخشی	ایجاد نظام تصمیم‌گیری هماهنگ و مبتنی بر مبانی مرتبط
۵	تأمین منابع انسانی، مالی و زمانی مورد نیاز	تقویت زیرساخت‌ها و منابع سازمانی
۶	ساده‌سازی اطلاعات و کاهش ابهام داده‌های اجرایی	فراهم کردن دسترسی به داده‌ها و شواهد معتبر
۷	اصلاح نظام ارزیابی و پایش عملکرد	تقویت حمایت و نظارت سازمانی
۸	تقویت حضور و نقش رهبران سلامت در فرایند اجرا	توسعه رهبری مؤثر و فرهنگ توانمندسازی
۹	کاهش مقاومت در برابر تغییر از طریق اقناع و مشارکت	سرمايه‌گذاری بر فرصت‌های تغییر
۱۰	پیوند دادن خطمشی‌های بهداشتی با روندهای جاری سازمانی	نهادینه‌سازی خطمشی‌های بهداشتی در فرایندهای سازمانی
۱۱	کاهش فاصله میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران	تقویت تعامل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران

۱۲	افزایش باور مدیران به ارزش داده‌ها و نتایج پژوهش	ترویج استفاده از شواهد علمی معتبر و قابل فهم
۱۳	کاهش محدودیت زمانی در فرایند تدوین و اجرا	اختصاص زمان کافی برای تصمیم‌گیری و اجرای خط‌مشی
۱۴	کاهش فشار کاری و افت عملکرد کارکنان	افزایش ظرفیت نیروی کار و تقویت مهارت‌های تخصصی
۱۵	جلوگیری از اجرای صوری خط‌مشی‌ها	الزام به پیروی از استانداردهای اجرایی

بر اساس یافته‌های جدول ۲، عوامل مؤثر بر حذف یا کاهش نیروهای بازدارنده عمدتاً معطوف به اصلاح کاستی‌های دانشی، مدیریتی، ساختاری و اجرایی بودند. آموزش هدفمند، اصلاح فرایند انتصاب مدیران، کاهش تمرکزگرایی، مدیریت تعارض منافع، تأمین منابع کافی، کاهش ابهام اطلاعات، اصلاح نظام پایش، تقویت نقش رهبران سلامت، کاهش مقاومت در برابر تغییر و جلوگیری از اجرای صوری از مهم‌ترین عوامل کاهش‌دهنده موانع بودند. در سوی دیگر، عوامل تقویت‌کننده نیروهای وادارنده بیشتر بر توسعه ظرفیت‌های پایدار سازمانی تأکید داشتند؛ از جمله آموزش مستمر، استقرار شایسته‌سالاری، تقویت اختیار مدیران، توسعه تصمیم‌گیری هماهنگ، افزایش منابع و زیرساخت‌ها، دسترسی به شواهد معتبر، تقویت حمایت سازمانی، توسعه رهبری توانمندساز و نهادینه‌سازی خط‌مشی‌های بهداشتی. این مجموعه عوامل مبنای طراحی پرسشنامه ماتریسی و ورود به مرحله نگاشت شناختی فازی قرار گرفت.

جدول ۳. روابط شناسایی‌شده در نگاشت شناختی فازی

ردیف	عامل مبدأ	عامل مقصد	نوع رابطه	توضیح
۱	آموزش هدفمند مدیران و کارکنان	افزایش باور به ارزش داده‌ها و نتایج پژوهش	تقویتی	آموزش باعث افزایش درک مدیران از خط‌مشی‌های بهداشتی و پذیرش بیشتر داده‌های پژوهشی شد.
۲	استقرار شایسته‌سالاری و تربیت مدیران کارآمد	تقویت حمایت و نظارت سازمانی	تقویتی	انتصاب مدیران توانمند موجب افزایش مسئولیت‌پذیری و حمایت اجرایی از خط‌مشی‌ها شد.
۳	کاهش تعارض منافع و ایجاد سازوکارهای هماهنگی بین‌بخشی	ایجاد نظام تصمیم‌گیری هماهنگ	تقویتی	کاهش تعارض منافع، هماهنگی میان تصمیم‌گیران و مجریان را افزایش داد.
۴	فراهم کردن دسترسی به داده‌ها و شواهد معتبر	ترویج استفاده از شواهد علمی معتبر و قابل فهم	تقویتی	دسترسی به داده‌های معتبر، استفاده عملی از شواهد علمی را در تصمیم‌گیری تقویت کرد.
۵	اصلاح نظام ارزیابی و پایش عملکرد	الزام به پیروی از استانداردهای اجرایی	تقویتی	ارزیابی منظم عملکرد، اجرای صوری خط‌مشی‌ها را کاهش داد و پایبندی به استانداردها را افزایش داد.
۶	توسعه رهبری مؤثر و فرهنگ توانمندسازی	کاهش مقاومت در برابر تغییر	کاهنده مانع	رهبری مؤثر، مقاومت کارکنان و مدیران در برابر تغییر را کاهش داد.
۷	اختصاص زمان کافی برای تصمیم‌گیری و اجرا	کاهش اجرای ناقص خط‌مشی‌ها	کاهنده مانع	زمان کافی موجب شد تصمیم‌ها با دقت بیشتری تدوین و اجرا شوند.
۸	تقویت تعامل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران	نهادینه‌سازی خط‌مشی‌های بهداشتی در فرایندهای سازمانی	تقویتی	تعامل میان دانشگاه و بخش اجرا، سازگاری خط‌مشی‌ها با واقعیت‌های اجرایی را افزایش داد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که روابط میان عوامل کاهش‌دهنده نیروهای بازدارنده و عوامل تقویت‌کننده نیروهای وادارنده ماهیتی شبکه‌ای و به‌هم‌پیوسته داشتند. آموزش هدفمند مدیران و کارکنان از طریق افزایش شناخت آنان از منطق و الزامات خط‌مشی‌ها، باور به ارزش داده‌ها و یافته‌های پژوهشی را تقویت می‌کرد. استقرار شایسته‌سالاری نیز علاوه بر کاهش پیامدهای انتصاب‌های نامناسب، به افزایش مسئولیت‌پذیری، حمایت سازمانی و نظارت مؤثر منجر می‌شد. همچنین، کاهش تعارض منافع و تقویت هماهنگی بین‌بخشی زمینه شکل‌گیری نظام تصمیم‌گیری منسجم‌تر را فراهم می‌کرد. دسترسی به داده‌های معتبر، استفاده از شواهد علمی را تسهیل می‌کرد و اصلاح نظام ارزیابی نیز می‌توانست اجرای صوری خط‌مشی‌ها را محدود سازد. توسعه رهبری مؤثر، اختصاص زمان کافی برای تصمیم‌گیری و تقویت تعامل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران نیز به‌ترتیب در کاهش مقاومت

در برابر تغییر، کاهش اجرای ناقص و نهادهای سازی خطمشی‌ها نقش داشتند. بنابراین، هر عامل می‌توانست به‌طور هم‌زمان در چند مسیر مستقیم یا غیرمستقیم بر ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی اثر بگذارد.

جدول ۴. مؤلفه‌های حاصل از نگاشت شناختی فازی

ردیف	مؤلفه	نقش در ارتقای ظرفیت اجرا
۱	دانش و اطلاعات معتبر	کاهش تصمیم‌گیری غیرعلمی و تقویت استفاده از شواهد معتبر در اجرای خطمشی‌ها
۲	منابع انسانی، مالی و زیرساختی	کاهش کمبودهای اجرایی و تقویت توان عملیاتی سازمان‌ها
۳	فرهنگ سازمانی و رهبری	کاهش مقاومت در برابر تغییر و تقویت حمایت، انگیزه و توانمندسازی
۴	ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی	کاهش ناهماهنگی، تعارض منافع و اجرای پراکنده خطمشی‌ها
۵	نهادهای سازی و تغییرپذیری سازمانی	کاهش اجرای صوری و تقویت پایداری خطمشی‌ها در فرایندهای سازمانی

یافته‌های جدول ۴ نشان داد که روابط استخراج‌شده از نگاشت شناختی فازی در قالب پنج مؤلفه محوری سازمان یافتند. مؤلفه دانش و اطلاعات معتبر بر دسترسی به شواهد قابل اعتماد و استفاده از داده‌ها در تصمیم‌گیری تأکید داشت. مؤلفه منابع انسانی، مالی و زیرساختی به فراهم بودن ظرفیت‌های ضروری برای اجرای عملی خطمشی‌ها مربوط بود. فرهنگ سازمانی و رهبری نیز به‌عنوان مؤلفه‌ای تعیین‌کننده در شکل‌گیری حمایت، انگیزش، توانمندسازی و پذیرش تغییر ظاهر شد. ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی بر کاهش ناهماهنگی، تعارض منافع و پراکندگی تصمیم‌ها تمرکز داشت و نهادهای سازی و تغییرپذیری سازمانی نیز بیانگر ضرورت تثبیت خطمشی‌ها در فرایندهای جاری و جلوگیری از اجرای مقطعی یا صوری آن‌ها بود. این یافته‌ها نشان دادند که ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی نیازمند مداخله هم‌زمان در چند سطح دانشی، سازمانی، مدیریتی و ساختاری است.

جدول ۵. نقش مؤلفه‌های مدل مفهومی پژوهش

مؤلفه	نقش در مدل	پیامد مورد انتظار
دانش و اطلاعات معتبر	زیربنایی	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و کاهش تصمیم‌های غیرعلمی
منابع انسانی، مالی و زیرساختی	پشتیبان اجرایی	افزایش توان اجرا و کاهش تأخیر در اجرای خطمشی‌ها
فرهنگ سازمانی و رهبری	جهت‌دهنده	کاهش مقاومت در برابر تغییر و تقویت حمایت سازمانی
ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی	تنظیم‌کننده	کاهش ناهماهنگی و بهبود انسجام اجرایی
نهادهای سازی و تغییرپذیری سازمانی	تثبیت‌کننده	پایداری خطمشی‌ها و جلوگیری از اجرای صوری

بر اساس جدول ۵، هر یک از مؤلفه‌های مدل مفهومی نقش متمایز اما مکملی در ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی داشتند. دانش و اطلاعات معتبر نقش زیربنایی ایفا می‌کردند و زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را فراهم می‌ساختند. منابع انسانی، مالی و زیرساختی نقش پشتیبان اجرایی داشتند و امکان تبدیل تصمیمات و برنامه‌ها به اقدامات عملی را افزایش می‌دادند. فرهنگ سازمانی و رهبری به‌عنوان عامل جهت‌دهنده، میزان پذیرش تغییر، تعهد سازمانی و حمایت از اجرای خطمشی‌ها را تحت تأثیر قرار می‌داد. ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی نقشی تنظیم‌کننده داشت و از پراکندگی تصمیمات و تعارض میان واحدها و سطوح اجرایی می‌کاست. در نهایت، نهادهای سازی و تغییرپذیری سازمانی نقش تثبیت‌کننده ایفا می‌کرد و موجب می‌شد خطمشی‌های بهداشتی از سطح تصمیم و دستورالعمل فراتر رفته و در رویه‌های روزمره، ساختارها و فرایندهای سازمانی تثبیت شوند. در مجموع، مدل مفهومی حاصل نشان داد که ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی در گرو تعامل هم‌زمان میان ظرفیت دانشی، منابع اجرایی، رهبری و فرهنگ، هماهنگی ساختاری و نهادهای سازی تغییر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل میدان نیروی ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی کشور انجام شد و نتایج آن نشان داد که ظرفیت اجرای خطمشی‌های بهداشتی تحت تأثیر مجموعه‌ای از نیروهای وادارنده و بازدارنده در سطوح فردی، مدیریتی، سازمانی و سیستمی قرار دارد. تحلیل میدان نیرو نشان داد که ضعف دانش مدیران و کارکنان، انتصاب‌های نامتناسب، محدودیت اختیارات مدیران، ناهماهنگی مدیریتی، تعارض منافع، کمبود منابع انسانی، مالی و زمانی، ضعف زیرساخت‌ها، ابهام اطلاعات، فشار کاری، ضعف حمایت و فرهنگ سازمانی، رهبری ناکارآمد، ارتباط ضعیف میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران، مقاومت در برابر تغییر و اجرای صوری خطمشی‌ها از مهم‌ترین نیروهای بازدارنده هستند. در مقابل، آموزش مستمر، شایسته‌سالاری، افزایش اختیار مدیران اجرایی، اصلاح ساختارهای تصمیم‌گیری، تقویت منابع و زیرساخت‌ها، دسترسی به داده‌های معتبر، حمایت سازمانی، رهبری توانمندساز، تعامل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران، استفاده از شواهد علمی و نهادهای سازی خطمشی‌ها در فرایندهای سازمانی به‌عنوان مهم‌ترین نیروهای وادارنده شناسایی شدند. این یافته‌ها با دیدگاه مبتنی بر ظرفیت سیاستی همسو است که موفقیت اصلاحات سلامت را وابسته به وجود ظرفیت‌های تحلیلی، مدیریتی و اجرایی کافی می‌داند و تأکید می‌کند که ضعف ظرفیت سیاستی می‌تواند حتی خطمشی‌های مناسب را در مرحله اجرا با شکست مواجه سازد (Forest et al., 2015).

نخستین یافته مهم پژوهش به نقش دانش، آموزش و شایسته‌سالاری در ارتقای ظرفیت اجرا مربوط بود. نتایج نشان داد که دانش ناکافی مدیران و کارکنان درباره خطمشی‌ها، انتصاب نامناسب مدیران و نبود ثبات و اختیار کافی می‌تواند اجرای سیاست‌ها را تضعیف کند، در حالی که آموزش هدفمند، تربیت مدیران کارآمد و استقرار شایسته‌سالاری از مهم‌ترین عوامل تقویت‌کننده ظرفیت اجرا هستند. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که اجرای خطمشی، فعالیتی صرفاً اداری نیست، بلکه نیازمند درک اهداف، تشخیص الزامات اجرایی، تفسیر شواهد و تبدیل تصمیمات کلان به اقدامات عملی است. از این رو، مدیرانی که فاقد دانش، مهارت و اختیار کافی باشند، احتمال بیشتری دارد که در ترجمه سیاست به عمل با مشکل مواجه شوند. یافته‌های مربوط به نقش مدیران و رهبران سلامت نیز نشان داده‌اند که مدیران اجرایی می‌توانند از طریق هدایت سازمان، حمایت از تغییر و اثرگذاری بر فرایندهای سیاستی، نقش فعالی در موفقیت سیاست‌های سلامت ایفا کنند (Narayan, 2023). همچنین بررسی چالش‌های رهبری و حکمرانی سلامت در ایران نشان داده است که ضعف‌های مدیریتی، ساختاری و حکمرانی از عوامل اساسی تضعیف اجرای خطمشی‌های سلامت هستند (Khodayari-Zarnaq et al., 2024). بنابراین، یافته حاضر تأکید می‌کند که تقویت ظرفیت اجرا باید از توسعه شایستگی‌های مدیریتی و حرفه‌ای آغاز شود.

دومین یافته پژوهش به ناهماهنگی سیستمی، تعارض منافع و ضعف ساختار تصمیم‌گیری مربوط بود. نتایج نشان داد که کمبود مدیریت هماهنگ، اولویت‌های متعارض، تضاد منافع و اتخاذ تصمیمات بر مبنای معیارهای نامرتب از نیروهای مهم بازدارنده محسوب می‌شوند؛ در مقابل، ایجاد نظام تصمیم‌گیری هماهنگ، کاهش تعارض منافع و تقویت سازوکارهای بین‌بخشی از عوامل اصلی ارتقای ظرفیت اجرا هستند. این یافته با رویکرد حکمرانی شبکه‌ای همخوانی دارد. در بسیاری از نظام‌های سلامت، اجرای سیاست نه توسط یک سازمان منفرد، بلکه در قالب شبکه‌ای از نهادها و بازیگران صورت می‌گیرد و کیفیت روابط میان آنان مستقیماً بر پیامدهای اجرا اثر می‌گذارد. مطالعه حکمرانی شبکه‌ای و ظرفیت خطمشی نشان داده است که همکاری، یادگیری متقابل و ساختار مناسب روابط میان بازیگران می‌تواند ظرفیت سیاستی و اجرایی را تقویت کند، در حالی که گسست شبکه‌ای یا ناهماهنگی میان بازیگران به نتایج متفاوت و گاه نامطلوب اجرایی منجر می‌شود (Tenbensel & Silwal, 2023). همچنین مرور اجرای خطمشی‌های سلامت در ایران، ناهماهنگی سازمانی، ضعف تعامل بین‌بخشی و مشکلات ساختاری را از عوامل مهم شکست سیاست‌ها گزارش کرده است (Abolhasani et al., 2024). بر این اساس، می‌توان گفت ظرفیت اجرای خطمشی تا حد زیادی ماهیتی رابطه‌ای دارد و به توان نظام برای هماهنگ ساختن بازیگران مختلف وابسته است.

یافته مهم دیگر، نقش منابع انسانی، مالی، زمانی و زیرساختی بود. نتایج نشان داد که کمبود کارکنان، محدودیت منابع مالی، کمبود زمان، فشار کاری، ضعف مهارت‌های تخصصی و نبود زیرساخت مناسب می‌تواند توان اجرای سازمان‌ها را به شدت کاهش دهد. در مقابل، تقویت زیرساخت‌ها، تأمین منابع کافی، افزایش ظرفیت نیروی کار و تعیین روشن اهداف و مسئولیت‌ها از مهم‌ترین نیروهای وادارنده محسوب شدند. این نتیجه با مطالعات مربوط به ظرفیت پاسخ‌گویی نظام سلامت همسو است. تحلیل سیاست‌های ظرفیت مراقبت بلندمدت نشان داده است که تصمیمات مربوط به ظرفیت‌سازی و منابع، پیامدهای بلندمدتی برای عملکرد و پاسخ‌گویی نظام سلامت دارند (Ansah et al., 2014). در

سطح مفهومی نیز حکمرانی و ظرفیت مدیریت منابع از اجزای اصلی تاب‌آوری نظام سلامت محسوب می‌شوند، زیرا نظام‌های سلامت برای انطباق با فشارها و تغییرات نیازمند توان بسیج، بازتخصیص و استفاده کارآمد از منابع هستند (Blanchet et al., 2017). از این رو، کمبود منابع را نمی‌توان صرفاً یک مشکل عملیاتی دانست؛ بلکه این مسئله مستقیماً ظرفیت سیاستی و قابلیت تحقق اهداف خطمشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتایج همچنین نشان داد که فرهنگ سازمانی، حمایت مدیریتی و رهبری از عناصر محوری ارتقای ظرفیت اجرای خطمشی‌ها هستند. نبود حمایت کافی، ضعف نظارت، فقدان فرهنگ مبتنی بر شواهد، عدم حضور مؤثر رهبران سلامت و ارتباط ضعیف میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران در شمار نیروهای بازدارنده قرار گرفتند. در مقابل، رهبری قوی، فرهنگ توانمندسازی، حمایت سازمانی و تعامل مؤثر میان حوزه پژوهش و سیاست از عوامل اصلی تقویت اجرا بودند. این نتیجه بیانگر آن است که اجرای سیاست فقط به ساختار رسمی و منابع وابسته نیست، بلکه محیط فرهنگی و هنجاری سازمان نیز بر رفتار مجریان اثر می‌گذارد. هنگامی که سازمان استفاده از شواهد، یادگیری، مشارکت و مسئولیت‌پذیری را تشویق کند، احتمال پذیرش خطمشی و اجرای فعالانه آن افزایش می‌یابد. پژوهش‌های مربوط به انتقال دانش نیز نشان داده‌اند که وجود ابزارهای مناسب، پلتفرم‌های ارتباطی و تعامل میان تولیدکنندگان و کاربران دانش می‌تواند استفاده از شواهد را در سیاست و عمل تقویت کند (Khatrati et al., 2025). در مقابل، فاصله میان پژوهش و تصمیم‌گیری و عدم تناسب اطلاعات با نیازهای سیاست‌گذاران از موانع اصلی استفاده عملی از دانش محسوب می‌شوند.

در همین راستا، یکی از یافته‌های برجسته نگاشت شناختی فازی، نقش محوری «دانش و اطلاعات معتبر» بود. دسترسی به داده‌های معتبر، افزایش باور مدیران به ارزش پژوهش و ترویج استفاده از شواهد علمی به صورت روابط تقویتی در شبکه ظاهر شدند. این یافته نشان می‌دهد که ظرفیت دانشی نه تنها یک مؤلفه مستقل، بلکه عاملی اثرگذار بر سایر ابعاد اجرا است. وقتی مدیران به داده‌های قابل اعتماد دسترسی داشته باشند و توان تفسیر آن‌ها را داشته باشند، کیفیت تصمیم‌گیری، اولویت‌بندی منابع، ارزیابی عملکرد و اصلاح خطمشی افزایش می‌یابد. این نتیجه با مطالعات انتقال دانش همسو است که بر نقش منابع دانش، ابزارهای ترجمان، شبکه‌های ارتباطی و دسترسی مناسب به اطلاعات در تقویت سیاست و عمل سلامت تأکید کرده‌اند (Khatrati et al., 2025). همچنین توسعه سیاست‌های دیجیتال سلامت بیش از پیش اهمیت این مسئله را برجسته کرده است، زیرا تصمیم‌گیری و اجرای خطمشی‌های جدید به زیرساخت داده، قابلیت تحلیل و دسترسی به اطلاعات معتبر وابسته شده است (Al-Meslamani, 2024; Saheb & Saheb, 2024).

یافته‌های نگاشت شناختی همچنین نشان داد که عوامل مختلف به صورت منفرد عمل نمی‌کنند، بلکه دارای روابط متقابل و تقویت‌کننده هستند. برای مثال، آموزش هدفمند موجب افزایش باور به ارزش داده‌های پژوهشی می‌شد، شایسته‌سالاری حمایت و نظارت را تقویت می‌کرد، کاهش تعارض منافع به تصمیم‌گیری هماهنگ‌تر منجر می‌شد، اصلاح نظام ارزیابی پایبندی به استانداردها را افزایش می‌داد و رهبری مؤثر مقاومت در برابر تغییر را کاهش می‌داد. این الگوی شبکه‌ای نشان می‌دهد که ظرفیت اجرا ماهیتی سیستمی دارد و بهبود یک عامل می‌تواند از طریق مسیرهای مختلف بر عوامل دیگر اثر بگذارد. این تبیین با رویکرد تاب‌آوری نظام سلامت سازگار است که نظام سلامت را مجموعه‌ای از اجزای درهم‌تنیده و سازگار شونده در نظر می‌گیرد (Blanchet et al., 2017). همچنین یافته‌های مربوط به حکمرانی شبکه‌ای نشان می‌دهد که ظرفیت سیاستی در روابط میان بازیگران و سازوکارهای یادگیری و هماهنگی تولید و بازتولید می‌شود (Tenbensen & Silwal, 2023). بنابراین، مداخلات تک‌بعدی احتمالاً برای ارتقای پایدار ظرفیت اجرای خطمشی کافی نخواهند بود.

نتایج پژوهش همچنین نقش تغییرپذیری و نهادینه‌سازی خطمشی‌ها را برجسته کرد. مقاومت در برابر تغییر، نبود انگیزه، عدم اجرای واقعی سیاست‌ها و پیشبرد خطمشی‌ها در قالب ساختارهای قدیمی از نیروهای بازدارنده بودند، در حالی که سرمایه‌گذاری بر فرصت‌های تغییر، ادغام خطمشی‌ها در فرایندهای روزمره و الزام به اجرای استانداردها از نیروهای وادارنده محسوب شدند. این نتیجه نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین مراحل اجرا، تبدیل سیاست از یک سند رسمی به بخشی از رفتار و رویه روزانه سازمان است. شواهد مربوط به سیاست‌های سلامت روان در مدارس نیز نشان داده‌اند که پیامدهای سیاست زمانی آشکار می‌شوند که سیاست‌ها در محیط واقعی سازمانی اجرا و در سازوکارهای روزانه نهادینه شوند (Schrijvers et al., 2026). همچنین مقایسه سیاست‌های سلامت روان در نظام‌های مختلف نشان می‌دهد که تفاوت در زیرساخت، منابع و سازوکارهای اجرایی می‌تواند

به شکاف چشمگیر میان وجود رسمی سیاست و اثربخشی واقعی آن منجر شود (Odilibe et al., 2024). بنابراین، نهادینه‌سازی باید به‌عنوان مرحله‌ای اساسی از ظرفیت‌سازی در نظر گرفته شود.

از سوی دیگر، نتایج بر اهمیت مشارکت و تعامل میان ذی‌نفعان تأکید داشت. کاهش فاصله میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران، افزایش مشارکت در فرایند تغییر و تقویت تعامل بین‌بخشی از عوامل مهم ارتقای ظرفیت اجرا بودند. این یافته با رویکردهای مشارکتی در تحلیل خط‌مشی همسو است که نشان می‌دهند حضور فعال ذی‌نفعان می‌تواند شناخت زمینه، پذیرش سیاست و امکان سازگار کردن تصمیمات با واقعیت‌های اجرایی را افزایش دهد (Sapkota et al., 2024). در عین حال، مشارکت صرفاً به دعوت صوری ذی‌نفعان محدود نمی‌شود؛ ساختارهای قدرت نیز تعیین می‌کنند که چه گروه‌هایی امکان اثرگذاری واقعی بر سیاست را دارند. مطالعه تجربه رهبران پرستاری نشان داده است که جنسیت و ساختارهای پدرسالارانه می‌توانند مشارکت حرفه‌ای در سیاست‌گذاری سلامت را محدود کنند (Inayat et al., 2024). بنابراین، ایجاد ظرفیت مشارکتی نیازمند طراحی سازوکارهایی است که مشارکت واقعی و مؤثر گروه‌های مختلف را تضمین کند.

تحول دیجیتال نیز می‌تواند یافته‌های پژوهش درباره اطلاعات، ساختار و ظرفیت سازمانی را تبیین کند. توسعه حکمرانی در عصر دیجیتال موجب شده است که اجرای سیاست‌های سلامت بیش از گذشته به یکپارچگی داده، زیرساخت‌های اطلاعاتی، هماهنگی اداری و توان استفاده از فناوری وابسته باشد (Klenk, 2025). از سوی دیگر، هوش مصنوعی می‌تواند به تحلیل داده‌های سلامت، پیش‌بینی نیازها، پایش و تصمیم‌گیری کمک کند، اما اثربخشی آن وابسته به وجود ظرفیت فنی، مدیریتی و حکمرانی مناسب است (Aslan, 2024). بنابراین، فناوری به خودی خود ظرفیت اجرا ایجاد نمی‌کند؛ بلکه تنها در صورتی به نیروی وادارنده تبدیل می‌شود که سازمان‌ها از زیرساخت، نیروی انسانی و چارچوب‌های لازم برای استفاده هدفمند از آن برخوردار باشند.

یافته‌های پژوهش در خصوص اهمیت ارتباطات و اعتماد نیز با شواهد موجود قابل تبیین است. اجرای خط‌مشی زمانی تسهیل می‌شود که پیام‌ها به‌صورت روشن منتقل شوند و میان نهادهای سیاست‌گذار، مجریان و جامعه اعتماد وجود داشته باشد. پژوهش درباره ارتباط دولت و شهروندان در رسانه‌های اجتماعی نشان داده است که نحوه پاسخ‌گویی و کیفیت تعامل می‌تواند بر اعتماد نهادی و اثربخشی ارتباطات سیاست سلامت اثرگذار باشد (Zhang & Lu, 2025). در شرایط بحرانی نیز بهره‌گیری از روش‌های سریع اجماع خبرگان می‌تواند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را تسهیل کند و فاصله میان تولید دانش و اقدام سیاستی را کاهش دهد (Velarde Crézé et al., 2024). این یافته‌ها با نقش شناسایی‌شده اطلاعات معتبر، هماهنگی و تعامل در مدل پژوهش حاضر همخوان است.

مدل نهایی پژوهش پنج مؤلفه اصلی شامل دانش و اطلاعات معتبر، منابع انسانی، مالی و زیرساختی، فرهنگ سازمانی و رهبری، ساختار برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرایی و نهادینه‌سازی و تغییرپذیری سازمانی را در بر گرفت. این پنج مؤلفه را می‌توان به‌عنوان اجزای مکمل یک ظرفیت اجرایی یکپارچه در نظر گرفت. دانش و اطلاعات نقش زیربنایی، منابع نقش پشتیبان، رهبری و فرهنگ نقش جهت‌دهنده، هماهنگی نقش تنظیم‌کننده و نهادینه‌سازی نقش تثبیت‌کننده دارند. چنین ساختاری با یافته‌های ارزیابی سیاست‌های سلامت نیز همخوان است که نشان می‌دهد کیفیت اجرا و ارزیابی به زمینه، داده، هماهنگی و مشارکت وابسته است (Raymond et al., 2023). همچنین مدل‌های ارزیابی سیاست سلامت در نظام اداری ایران بر ضرورت همسویی میان اسناد بالادستی، معیارهای ارزیابی و عملکرد واقعی تأکید کرده‌اند (Rahmani et al., 2023). در کنار آن، مطالعات مرتبط با توسعه خدمات سلامت و یکپارچگی ارائه خدمات نشان می‌دهد که سیاست‌های سلامت باید متناسب با شرایط سازمانی، فضایی و خدماتی طراحی و اجرا شوند (Hosseini & Taghvaei, 2021). بنابراین، مدل حاصل از پژوهش حاضر ظرفیت اجرای خط‌مشی را پدیده‌ای چندسطحی و وابسته به تعامل میان قابلیت‌های دانشی، مدیریتی، ساختاری و نهادی نشان می‌دهد.

پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌ها همراه بود. نخست، داده‌های اصلی مطالعه بر دیدگاه خبرگان علمی و اجرایی استوار بود و اگرچه تلاش شد ترکیب متوازی از این دو گروه در پژوهش مشارکت داشته باشند، دیدگاه سایر ذی‌نفعان از جمله کارکنان خط مقدم ارائه خدمات، نمایندگان بیماران، سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های اجتماعی به‌طور مستقیم بررسی نشد. دوم، روابط موجود در نگاشت شناختی فازی بر اساس قضاوت خبرگان استخراج شدند و بنابراین ممکن است تحت تأثیر تجربه حرفه‌ای، زمینه سازمانی و برداشت ذهنی مشارکت‌کنندگان قرار گرفته باشند. سوم، مدل ارائه‌شده ماهیتی مقطعی داشت و تغییرات احتمالی روابط میان عوامل در طول زمان، تغییر دولت‌ها، تحولات اقتصادی،

بحران‌های سلامت یا اصلاحات ساختاری مورد بررسی طولی قرار نگرفت. همچنین تمرکز مطالعه بر نظام سلامت ایران می‌تواند تعمیم مستقیم یافته‌ها به سایر کشورها و نظام‌های حکمرانی سلامت را محدود سازد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده مدل حاضر را در نمونه‌های بزرگ‌تر و در سطوح مختلف نظام سلامت، از سطح ملی تا دانشگاه‌های علوم پزشکی، شبکه‌های بهداشت و مراکز ارائه خدمات، مورد آزمون قرار دهند. همچنین می‌توان از روش‌های آمیخته و مدل‌سازی‌های کمی برای سنجش وزن نسبی مؤلفه‌ها و بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم میان آن‌ها استفاده کرد. انجام مطالعات طولی برای بررسی تغییر ظرفیت اجرای خط‌مشی‌ها در دوره‌های مختلف و ارزیابی اثر اصلاحات مدیریتی یا سازمانی نیز می‌تواند اعتبار پویای مدل را افزایش دهد. افزون بر این، بررسی دیدگاه کارکنان خط مقدم، ذی‌نفعان اجتماعی، بیماران و گروه‌های حرفه‌ای مختلف می‌تواند تصویر جامع‌تری از نیروهای مؤثر بر اجرای سیاست ارائه کند. مقایسه مدل حاضر با نظام‌های سلامت سایر کشورها نیز می‌تواند به شناسایی عوامل زمینه‌ای و عناصر قابل تعمیم کمک کند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران سلامت به جای تمرکز صرف بر تدوین خط‌مشی‌های جدید، برنامه‌های مشخصی برای ظرفیت‌سازی اجرایی طراحی کنند. این برنامه‌ها باید شامل آموزش مستمر مدیران و کارکنان، استقرار شایسته‌سالاری در انتصاب مدیران، افزایش اختیار متناسب با مسئولیت، تقویت سازوکارهای هماهنگی بین‌بخشی، مدیریت تعارض منافع، تأمین منابع انسانی و مالی کافی و توسعه زیرساخت‌های اطلاعاتی باشد. همچنین لازم است نظام‌های ارزیابی و پایش به‌گونه‌ای طراحی شوند که اجرای واقعی خط‌مشی‌ها را از اجرای صورتی متمایز سازند. تقویت نقش رهبران سلامت، ایجاد فرهنگ سازمانی مبتنی بر یادگیری و شواهد، توسعه ارتباط منظم میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و ادغام خط‌مشی‌ها در فرایندهای جاری سازمانی نیز می‌تواند احتمال پایداری اجرا را افزایش دهد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود پیش از اجرای سیاست‌های کلان سلامت، تحلیل نیروهای وادارنده و بازدارنده و ارزیابی روابط میان عوامل کلیدی به‌عنوان بخشی از فرایند برنامه‌ریزی اجرایی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

Extended Summary

Introduction



Health policy implementation is a critical determinant of whether formally adopted policies can produce meaningful improvements in population health, service delivery, equity, organizational performance, and system responsiveness. The existence of well-designed policies, regulations, strategic plans, and upstream documents does not necessarily guarantee effective implementation. In practice, health systems frequently experience a substantial gap between policy formulation and policy execution because implementation depends on the interaction of managerial, organizational, structural, informational, financial, human, and contextual capacities. Accordingly, policy capacity has increasingly been recognized as a prerequisite for successful health reform, particularly because reforms can fail when institutions lack the analytical, managerial, operational, and coordination capabilities required to translate policy intentions into sustainable action (Forest et al., 2015). From this perspective, implementation capacity should be understood not merely as the availability of resources, but as a multidimensional organizational and systemic capability encompassing competent leadership, appropriate authority, access to reliable knowledge, interorganizational coordination, supportive culture, monitoring mechanisms, and adaptability.

The importance of governance and institutional capacity is particularly evident in complex health systems. Health systems must continuously respond to changing demographic patterns, technological developments, emerging health risks, resource constraints, and public expectations. Their ability to absorb pressures, adapt to changing conditions, and transform established practices depends substantially on governance arrangements and managerial capacity (Blanchet et al., 2017). Similarly, capacity planning can have long-term implications for the functioning of health systems because inadequate human, financial, infrastructural, or service capacity may constrain the implementation of otherwise appropriate policies (Ansah et al., 2014). These considerations suggest that policy implementation is influenced by both enabling and restraining forces operating simultaneously within organizations and across the wider health system.

Policy implementation is also strongly shaped by the quality of relationships among actors. Contemporary health governance frequently involves ministries, health organizations, universities, professional groups, managers, frontline personnel, researchers, and other stakeholders whose interests and responsibilities may overlap. Evidence from network governance demonstrates that policy capacity can be strengthened through collaboration, knowledge exchange, shared learning, and coordinated relationships, whereas fragmented networks and weak coordination can produce divergent implementation outcomes (Tenbensen & Silwal, 2023). In addition, participatory policy analysis emphasizes the importance of incorporating stakeholder perspectives into the interpretation of implementation problems and policy contexts (Sapkota et al., 2024). However, participation itself may be constrained by institutional power structures; for example, professional and gender-related hierarchies can influence the degree to which particular groups participate meaningfully in health policymaking (Inayat et al., 2024). Consequently, implementation capacity requires not only formal coordination structures but also mechanisms that facilitate meaningful participation and reduce barriers to interaction.

The translation of knowledge into policy and practice represents another central component of implementation capacity. Health systems generate large volumes of research evidence, administrative data, monitoring information, and professional knowledge; however, these resources contribute to implementation only when they are accessible, credible, understandable, and practically usable. Knowledge translation research indicates that information sources, communication platforms, knowledge tools, and interaction between evidence producers and decision-makers can strengthen health policy and practice, whereas limited access, poor communication, and insufficient capacity to interpret evidence may impede evidence-informed action (Khatri et al., 2025). This issue has become even more important with the expansion of digital health, as national health strategies increasingly depend on data infrastructure, digital governance, interoperability, and organizational capacity to use

information technologies effectively (Al-Meslamani, 2024; Saheb & Saheb, 2024). Digital-era governance and artificial intelligence are similarly changing the conditions under which health policies are formulated and implemented, creating new opportunities for data-driven decision-making while simultaneously requiring new managerial, technical, ethical, and organizational capacities (Aslan, 2024; Klenk, 2025).

Evidence from Iran indicates that the implementation of health policies is affected by multiple interrelated organizational and governance challenges. Previous studies have identified inadequate resources, structural weaknesses, weak coordination, managerial deficiencies, insufficient stakeholder participation, inadequate monitoring and evaluation, and contextual constraints among the factors associated with policy implementation failures, while managerial support, appropriate planning, sufficient resources, participation, and accountability mechanisms can facilitate successful implementation (Abolhasani et al., 2024). Leadership- and governance-related health policies in Iran have likewise been affected by challenges associated with coordination, accountability, decision-making structures, managerial weaknesses, and conflicts of interest (Khodayari-Zarnaq et al., 2024). Organizational health policies in other national administrative settings also demonstrate the importance of internal organizational characteristics, managerial processes, and institutional conditions in shaping policy outcomes (Nazemipour et al., 2026). Furthermore, health service development in Iran requires consideration of interconnected organizational, service-related, spatial, and developmental dimensions rather than reliance on isolated interventions (Hosseini & Taghvaei, 2021).

The effectiveness of implementation additionally depends on leadership, evaluation, communication, and the institutionalization of change. Healthcare executives can influence the policy environment through organizational leadership, advocacy, resource allocation, and strategic decision-making (Narayan, 2023). Policy evaluation, meanwhile, requires reliable data, attention to context, and stakeholder engagement if evaluation findings are to support learning and implementation improvement (Raymond et al., 2023). Iranian research on health policy evaluation has similarly emphasized the importance of aligning implementation and evaluation with upstream policy objectives and administrative requirements (Rahmani et al., 2023). Effective policy communication is also important because institutional trust and the manner in which governmental actors interact with citizens can shape responses to public health policies (Zhang & Lu, 2025). In urgent situations, structured expert-based approaches can facilitate timely policy decisions and reduce the delay between evidence generation and action (Velarde Crézé et al., 2024). Comparative evidence further shows that the existence of formal policy does not ensure successful outcomes when resources, institutional capacity, and implementation mechanisms remain weak (Odilibe et al., 2024), while policies embedded effectively in organizational settings can contribute to measurable improvements in health-related outcomes and institutional climate (Schrijvers et al., 2026). Therefore, health policy implementation can be conceptualized as a dynamic field in which driving and restraining forces interact and in which strengthening implementation requires simultaneous attention to knowledge, resources, leadership, coordination, organizational culture, and institutionalization. Accordingly, the present study aimed to analyze the force field of capacity enhancement for the implementation of national health policies and to develop an integrated model of the relationships among factors that reduce restraining forces and strengthen driving forces.

Methods and Materials

This study adopted a qualitative, expert-based design organized into two complementary stages. The first stage employed force field analysis to identify the driving forces that facilitate the implementation of national health policies, the restraining forces that hinder implementation, the factors capable of reducing or eliminating restraining forces, and the factors capable of strengthening driving forces. The second stage used fuzzy cognitive mapping to examine the directional relationships among



the factors identified in the first stage and to develop an integrated conceptual model of implementation capacity enhancement. Participants were selected purposively from academic and executive experts with relevant knowledge or experience in public policymaking, health policy, health system management, or implementation issues. Snowball sampling was additionally used to identify other qualified experts. Sixteen experts participated, including eight academic experts and eight executive experts. Data in the first stage were collected through semi-structured interviews, document review, and a five-point force assessment questionnaire. Interview data were transcribed and analyzed through qualitative content analysis, after which similar codes were grouped into concepts and categorized as driving forces, restraining forces, restraining-force reduction factors, or driving-force strengthening factors. Mean expert scores were subsequently calculated to determine the relative strength of the identified forces. In the second stage, a matrix questionnaire was developed from the factors obtained through force field analysis. Experts assessed the direction and intensity of the influence of each factor on the others. Verbal judgments ranging from very low to very high were transformed into corresponding fuzzy values, expert assessments were aggregated, and fuzzy values were defuzzified. A cut-off value of 0.65 was used; relationships below this threshold were excluded, whereas relationships equal to or greater than 0.65 were retained in the final fuzzy cognitive map.

Findings

Force field analysis identified five major thematic domains encompassing both driving and restraining forces: managerial education, meritocracy, and job stability; systemic and managerial conflict and coordination; organizational infrastructure, structure, and resources; organizational support and culture; and change in implementation processes. Major restraining forces included inadequate knowledge of health policies among managers and employees, inappropriate managerial appointments, limited managerial authority, insufficient accountability, managerial instability, lack of integrated management, conflicts of interest, competing priorities, inadequate human, financial, and time resources, weak infrastructure, information complexity, excessive workload, insufficient organizational support, weak leadership, limited researcher–policymaker interaction, resistance to change, and superficial implementation of formally adopted policies.

The principal driving forces included continuous education, development and appointment of competent managers, decentralization and greater executive authority, reform of planning and decision-making structures, access to credible information, adequate financial and infrastructural resources, increased workforce capacity, clearly defined objectives and responsibilities, strong organizational support and monitoring, effective leadership, an empowering organizational culture, evidence-informed action, stronger interaction between researchers and policymakers, investment in opportunities for change, integration of policies into routine organizational processes, and adherence to implementation standards.

Fifteen paired areas of intervention were subsequently identified for reducing restraining forces and strengthening driving forces. These included targeted education, reform of managerial appointment procedures, greater decentralization, management of conflicts of interest, provision of necessary resources, simplification of implementation information, reform of performance monitoring, stronger involvement of health leaders, participatory management of resistance to change, integration of policies into routine organizational processes, reduction of the researcher–policymaker gap, strengthening managerial belief in research evidence, provision of sufficient implementation time, reduction of workload through workforce capacity enhancement, and prevention of merely symbolic policy implementation.

Fuzzy cognitive mapping demonstrated that these factors were interdependent rather than isolated. Targeted managerial and employee education strengthened appreciation of research evidence; merit-based managerial selection enhanced organizational support and supervision; reduction of conflicts of interest strengthened coordinated decision-making; access to credible data

increased evidence-informed practice; improved monitoring increased adherence to implementation standards; effective leadership reduced resistance to change; sufficient decision-making and implementation time reduced incomplete implementation; and stronger researcher–policymaker interaction facilitated the institutionalization of health policies. Five central components emerged from the network: valid knowledge and information; human, financial, and infrastructural resources; organizational culture and leadership; planning structure and implementation coordination; and organizational institutionalization and adaptability. Within the conceptual model, knowledge and information had a foundational role, resources provided operational support, culture and leadership provided direction, planning and coordination had a regulatory role, and institutionalization and adaptability stabilized policy implementation over time.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that capacity for implementing national health policies is not determined by a single organizational characteristic or resource. Instead, implementation capacity emerges from the interaction of knowledge, competent management, adequate resources, effective leadership, coordination, organizational culture, and the ability to institutionalize change. Restraining forces were concentrated around managerial weakness, fragmented decision-making, resource shortages, inadequate evidence use, insufficient organizational support, and resistance to change. Conversely, the principal driving forces represented the organizational capacities required to address these weaknesses.

An important implication of the findings is that implementation improvement requires more than simply adding resources or issuing new directives. For example, additional financial resources are unlikely to generate sustainable improvements when managerial appointments remain inappropriate, responsibilities are unclear, evidence is inaccessible, or organizational actors resist implementation. Similarly, training alone cannot compensate for weak authority structures or fragmented coordination. The network relationships identified by fuzzy cognitive mapping therefore demonstrate the systemic nature of implementation capacity: intervention in one domain can influence several other domains and may generate reinforcing effects throughout the implementation system.

The five-component model provides an integrated interpretation of this process. Reliable knowledge creates the basis for informed decisions; human, financial, and infrastructural resources make implementation operationally feasible; leadership and organizational culture shape motivation, commitment, and acceptance of change; coordinated planning prevents fragmented or contradictory actions; and institutionalization ensures that policies become embedded in routine organizational practice rather than remaining temporary or symbolic initiatives. These components should therefore be treated as complementary rather than independent dimensions.

Overall, enhancing the implementation capacity of national health policies requires a coordinated strategy that simultaneously strengthens managerial competence, evidence use, resources, leadership, organizational support, intersectoral coordination, monitoring, and adaptability. The force field perspective is particularly useful because it shifts attention from identifying barriers alone toward understanding how restraining forces can be weakened and driving forces can be reinforced. Combined with fuzzy cognitive mapping, it also reveals how implementation factors influence one another and where strategic interventions may generate the greatest systemic effect. The resulting model can provide a practical framework for policymakers and health system managers seeking to move from formal policy adoption toward consistent, evidence-informed, coordinated, and sustainable implementation.

References

- Abolhasani, M., Zarea, H., & Zanganeh, Z. (2024). Health Policy Implementation in Iran: A Scoping Review of Success and Failure Factors. *Journal of Research and Health*, 14(4), 316-329. https://tkj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=1278&sid=1&slc_lang=fa&html=1
- Al-Meslamani, A. Z. (2024). Why are digital health policies crucial? *Journal of Medical Economics*, 27(1), 167-169. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2302254>
- Ansah, J. P., Eberlein, R. L., Love, S. R., Bautista, M. A., Thompson, J. P., Malhotra, R., & Matchar, D. B. (2014). Implications of long-term care capacity response policies for an aging population: a simulation analysis. *Health policy*, 116(1), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.006>
- Aslan, E. Ç. (2024). Artificial Intelligence in Public Health and Health Policies. 227-240. <https://doi.org/10.1201/9781003495406-11>
- Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to Manage Resilience of Health systems: towards a new conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431-435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
- Forest, P., Denis, J., Brown, L. D., & Helms, D. (2015). Health Reform Requires Policy Capacity. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 265-266. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.85>
- Hosseini, S. S., & Taghvaei, M. (2021). Compilation and Evaluation of Indexes for the Development of Health Villages by Taking a Medical Tourism Development Approach towards Service Integration in Iran (A Qualitative & Quantitative Study). *Human Geography Research*, 53(3), 1015-1034. <https://doi.org/10.22059/jhgr.2020.300901.1008107>
- Inayat, S., Younas, A., & Ali, P. (2024). "Patriarchy Permeating Health Policymaking": Influence of Gender on Involvement in Health Policymaking From Nurse Leaders' Perspective. *World Medical & Health Policy*, 16(4), 677-691. <https://doi.org/10.1002/wmh3.631>
- Khatri, R. B., Endalamaw, A., Mengistu, T., Erku, D., Wolka, E., & Nigatu, F. (2025). A scoping review of knowledge translation in strengthening health policy and practice: Sources, platforms, tools, opportunities, and challenges. *Archives of Public Health*, 83, Article 78. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01567-7>
- Khodayari-Zarnaq, R., Mobasser, K., Ghasemyani, S., Sadeghi-Ghyassi, F., Naghshi, M., & Kabiri, N. (2024). Challenges and Weaknesses of Leadership and Governance-related Health Policies in Iran: A Systematic Review. *Archives of Iranian Medicine*, 27(9), 508-521. <https://doi.org/10.34172/aim.28907>
- Klenk, T. (2025). Towards Digital Era Governance? Examining Health Policy Through the Lens of Public Administration / Digital Era Governance in Der Gesundheitspolitik? Eine Analyse Von Gesundheitsreformen Aus Verwaltungswissenschaftlicher Perspektive. *Der Moderne Staat – Zeitschrift Für Public Policy Recht Und Management*, 17(2-2024), 263-282. <https://doi.org/10.3224/dms.v17i2.05>
- Narayan, J. (2023). The Role of Healthcare Executives in Influencing Environmental Health Policies. *Health Leadership and Quality Of Life*, 2, 306. <https://doi.org/10.56294/hl2023306>
- Nazempour, B., Rabiei Mandajin, M. R., Givorian, H., & Momeni, M. (2026). Factors influencing organizational health policy in the national banking system. *Economic Geography Research*, 6(19).
- Odilibe, I. P., Akomolafe, O., Arowoogun, J. O., Anyanwu, E. C., Onumere, C., & Ogugua, J. O. (2024). Mental Health Policies: A Comparative Review Between the Usa and African Nations. *International Medical Science Research Journal*, 4(2), 141-157. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i2.766>
- Rahmani, F., Fathi Rad, N., Madahian, S., Zayandeh Rudi, A., & Derakhshan, A. (2023). Presenting a Model for Evaluating Health Policies in the Administrative System Based on Upstream Documents: A Study in the Ministry of Economic Affairs and Finance. *Journal of Management and Sustainable Development Studies*, 3(1).
- Raymond, K., Nathan, S., Harrison, R., & Meyer, L. (2023). Health Policy Evaluation in Rural and Remote Australia: A Qualitative Exploration and Lessons From the Northern Territory. *Australian Health Review*, 47(2), 197-202. <https://doi.org/10.1071/ah22255>
- Saheb, T., & Saheb, T. (2024). Digital Health Policy Decoded: Mapping National Strategies Using Donabedian's Model. *Health policy*, 147, 105134. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105134>
- Sapkota, S., Rushton, S., van Teijlingen, E., Subedi, M., Balen, J., Gautam, S., & Marahatta, S. B. (2024). Participatory Policy Analysis in Health Policy and Systems Research: Reflections from a Study in Nepal. *Health Research Policy and Systems*, 22(7). <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01092-5>
- Schrijvers, K., Willems, B., Buyl, A., Deforche, B., & Dierckens, M. (2026). Mental Health Policies in Secondary Schools and Their Impact on Student Well-Being and Perceived School Climate. *School Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s12310-026-09861-7>
- Tenbensel, T., & Silwal, P. R. (2023). Cultivating Health Policy Capacity through Network Governance in New Zealand: Learning from Divergent Stories of Policy Implementation. *Policy and Society*, 42(1), 49-63. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab020>
- Velarde Cr   , C., Duperrex, O., Lebon, L., Faivre, V., Pasche, M., & Cornuz, J. (2024). A Multi-Stage Approach to Support Timely Health Policy Decisions during Crisis: The Fast-Track Delphi. *BMC public health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20903-0>
- Zhang, X., & Lu, F. (2025). Enhancing Public Health Policy Communication Through Government-Citizen Social Media Interactions: The Impact of Replying Agents, Inquiry Tone, and Institutional Trust. *Policy & Internet*, 17(1). <https://doi.org/10.1002/poi3.70000>

