

Barriers and Strategies for Health Policy Implementation in Afghanistan: Presenting an Indigenous Model

1. Mutiullah Sharq: Department of Public Administration, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Vahid Araei*: Department of Public Administration and Public Policy, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Mohammad Reza Rabiee Mandejin: Department of Public Administration, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Hasan Givarian: Department of Public Administration, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email Address: vah.araei@iauctb.ac.ir

Abstract:

This study aimed to identify the barriers and strategies for implementing health policy in Afghanistan and to present an indigenous model aligned with the country's political, institutional, economic, and socio-cultural conditions. This qualitative study was conducted using thematic analysis based on Braun and Clarke's six-step framework. The participants consisted of 16 health policymakers, executive managers, physicians, nurses, frontline health workers, and academic experts in Afghanistan who were selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews and continued until theoretical saturation was reached. All interviews were recorded, transcribed verbatim, and repeatedly reviewed. Data analysis was performed through open, axial, and selective coding using MAXQDA 2020 software. The analysis resulted in the extraction of 512 initial codes, which were organized into three main axial categories: financial resources, budgeting, and allocation efficiency; infrastructure, technology, and implementation readiness; and participation, accountability, transparency, and public trust. The selective code, entitled "reproduction of inefficiency in health policy implementation," indicated that Afghanistan's health system is trapped in a defective cycle that begins with financial dependence on external sources, continues through short-term and non-analytical budgeting, is intensified by weak infrastructure and technological capacity, and ultimately leads to implementation failure through insufficient transparency, accountability, and public trust. The proposed indigenous model suggests that improving health policy implementation in Afghanistan requires evidence-based budgeting, strengthened technical and information infrastructure, human resource capacity building, institutionalized community participation, enhanced transparency and accountability, and greater managerial stability. This model can serve as a practical framework for narrowing the gap between health policy formulation and implementation and for improving health governance in Afghanistan.

Keywords: Policy implementation; health system; Afghanistan; health governance; thematic analysis; indigenous model.

How to Cite: Sharq, M., Araei, V., Rabiee Mandejin, M. R., & Givarian, H. (2027). Barriers and Strategies for Health Policy Implementation in Afghanistan: Presenting an Indigenous Model. *Management, Education and Development in Digital Age*, 4(2), 1-22.



موانع و راهبردهای اجرای خط مشی سلامت در افغانستان: ارائه یک مدل بومی

۱. مطیع الله شرق^۱: گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. وحید آرابی^۲: گروه مدیریت دولتی و خط مشی گذاری عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. محمد رضا ربیعی مندجین^۳: گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. حسن گیوریان^۴: گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: vah.araei@iauctb.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناسایی موانع و راهبردهای اجرای خط مشی سلامت در افغانستان و ارائه یک مدل بومی متناسب با شرایط سیاسی، نهادی، اقتصادی و اجتماعی این کشور بود. این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل مضمون بر پایه الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۶ نفر از سیاست‌گذاران سلامت، مدیران اجرایی، پزشکان، پرستاران، کارکنان خط مقدم و صاحب‌نظران دانشگاهی در افغانستان بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها پس از ضبط و پیاده‌سازی، چندین بار مطالعه شدند و تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی و با کمک نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۲۰ انجام گرفت. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۵۱۲ کد اولیه شد که در مرحله کدگذاری محوری در سه مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند: منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص؛ زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی؛ و مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی. کد انتخابی پژوهش با عنوان «بازتولید ناکارآمدی در اجرای خط‌مشی سلامت» نشان داد که نظام سلامت افغانستان در چرخه‌ای معیوب گرفتار است که از وابستگی مالی به منابع بیرونی آغاز می‌شود، با بودجه‌ریزی غیرتحلیلی و کوتاه‌مدت تداوم می‌یابد، در بستر ضعف زیرساخت‌ها و فناوری تشدید می‌شود و با فقدان شفافیت، پاسخگویی و اعتماد عمومی به شکست اجرایی منجر می‌گردد. مدل بومی ارائه‌شده نشان می‌دهد که بهبود اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان مستلزم بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، تقویت زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی، ظرفیت‌سازی منابع انسانی، نهادینه‌سازی مشارکت اجتماعی، افزایش شفافیت و پاسخگویی، و ایجاد ثبات مدیریتی است. این مدل می‌تواند چارچوبی کاربردی برای کاهش شکاف میان تدوین و اجرای خط‌مشی سلامت و ارتقای حکمرانی سلامت در افغانستان فراهم کند.

کلیدواژه‌ها: اجرای خط‌مشی؛ نظام سلامت؛ افغانستان؛ حکمرانی سلامت؛ تحلیل مضمون؛ مدل بومی.

نحوه استناددهی: شرق، مطیع الله، آرابی، وحید، ربیعی مندجین، محمد رضا، و گیوریان، حسن. (۱۴۰۶). موانع و راهبردهای اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان: ارائه یک مدل بومی. مدیریت، آموزش و توسعه در عصر دیجیتال، ۴(۲)، ۱-۲۲.



مقدمه

سلامت، به‌عنوان یکی از بنیادین‌ترین حقوق انسانی و یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار، جایگاهی تعیین‌کننده در کیفیت زندگی، بهره‌وری اجتماعی، امنیت انسانی و ثبات جوامع دارد. در جهان معاصر، نظام‌های سلامت دیگر صرفاً نهادهایی خدماتی برای درمان بیماری‌ها تلقی نمی‌شوند، بلکه به‌مثابه سازوکارهایی چندبعدی برای حکمرانی اجتماعی، کاهش نابرابری، ارتقای تاب‌آوری ملی و تحقق عدالت در دسترسی به منابع حیاتی شناخته می‌شوند. از این منظر، سلامت با حقوق بشر، توسعه پایدار، امنیت اجتماعی و عدالت نهادی پیوندی مستقیم دارد و هرگونه ناکارآمدی در نظام سلامت می‌تواند پیامدهایی فراتر از حوزه پزشکی و درمانی بر ساختارهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورها برجای گذارد (Singh, 2023; Ugwu et al., 2025). اهمیت این مسئله در کشورهای کم‌درآمد، شکننده و متأثر از منازعه دوچندان است؛ زیرا در چنین جوامعی، نظام سلامت هم‌زمان با کمبود منابع، ضعف زیرساخت‌ها، بی‌ثباتی سیاسی، ناامنی، وابستگی خارجی و کاهش اعتماد عمومی مواجه است (Bogale et al., 2024; Percival et al., 2023). بنابراین، بررسی چگونگی تدوین و به‌ویژه اجرای خط‌مشی‌های سلامت در چنین زمینه‌هایی، ضرورتی نظری و کاربردی برای فهم موانع حکمرانی سلامت و طراحی راهبردهای بومی محسوب می‌شود.

خط‌مشی عمومی را می‌توان مجموعه‌ای از تصمیم‌ها، جهت‌گیری‌ها و اقدامات نسبتاً منسجم دانست که از سوی نهادهای حاکمیتی یا عمومی برای حل مسائل جمعی و هدایت رفتار اجتماعی اتخاذ می‌شود. خط‌مشی، برخلاف تصمیم‌های روزمره و پراکنده، دارای جهت‌گیری هدفمند، پشتوانه نهادی، ارتباط با ارزش‌های عمومی و پیامدهای اجتماعی است. در ادبیات خط‌مشی‌گذاری، خط‌مشی عمومی هم به آنچه دولت انجام می‌دهد و هم به آنچه از انجام آن خودداری می‌کند اشاره دارد؛ از این رو، بی‌عملی دولت نیز می‌تواند نوعی خط‌مشی تلقی شود که آثار واقعی بر زندگی شهروندان برجای می‌گذارد (Aiyede, 2022; Howlett, 2023). تمایز میان خط‌مشی، قانون، هدف و راهبرد از منظر نظری و اجرایی اهمیت فراوان دارد؛ زیرا قانون بیشتر ماهیتی الزام‌آور و حقوقی دارد، هدف ناظر بر وضعیت مطلوب نهایی است و راهبرد مسیر تحقق هدف را ترسیم می‌کند، در حالی که خط‌مشی چارچوب جهت‌دهنده‌ای است که حدود تصمیم‌گیری، اولویت‌ها و منطق اقدام عمومی را مشخص می‌سازد (Kalaherian & Khastar, 2011; Mehrara & Motavalli, 2025). از این رو، کیفیت خط‌مشی عمومی نه تنها به محتوای آن، بلکه به قابلیت اجرا، سازگاری با زمینه، مشروعیت اجتماعی و ظرفیت نهادی برای تحقق آن وابسته است.

فرایند خط‌مشی‌گذاری عمومی معمولاً در قالب مراحل شامل شناسایی مسئله، ورود به دستور کار، تدوین گزینه‌ها، تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی توصیف می‌شود؛ با این حال، این فرایند در عمل خطی، ساده و مکانیکی نیست، بلکه پدیده‌ای پویا، تعاملی و متأثر از نیروهای سیاسی، اجتماعی، نهادی و اقتصادی است (Alvani & Sharifzadeh, 2024; Head, 2023). در این میان، مرحله اجرا یکی از پیچیده‌ترین و سرنوشت‌سازترین مراحل خط‌مشی‌گذاری است؛ زیرا در این مرحله، ایده‌ها و تصمیم‌های رسمی باید به کنش‌های واقعی، خدمات عینی و پیامدهای قابل مشاهده تبدیل شوند. بسیاری از شکست‌های خط‌مشی نه به دلیل نادرستی کامل اهداف، بلکه به علت ناتوانی در تبدیل سیاست‌های مصوب به اقدامات مؤثر رخ می‌دهند. مطالعات اجرای خط‌مشی نشان داده‌اند که فاصله میان «قصد سیاست‌گذار» و «عمل مجری» همواره وجود دارد و این فاصله تحت تأثیر ساختار سازمانی، منابع، انگیزه‌های مجریان، ظرفیت مدیریتی، شرایط محیطی و میزان مشارکت ذی‌نفعان شکل می‌گیرد (Harrison & Shortell, 2021; Sari, 2023). از همین رو، اجرا نباید صرفاً فرایندی اداری برای پیاده‌سازی دستورات تلقی شود، بلکه باید به‌عنوان عرصه‌ای برای تفسیر، مذاکره، یادگیری و انطباق مستمر فهم شود (Petridou & Mintrom, 2021).

نظریه‌های اجرای خط‌مشی به‌طور کلی از سه رویکرد عمده تبعیت کرده‌اند: رویکرد بالا به پایین، رویکرد پایین به بالا و رویکردهای ترکیبی. رویکرد بالا به پایین، اجرای موفق را وابسته به اهداف روشن، ساختار فرماندهی منسجم، منابع کافی و کنترل مرکزی می‌داند؛ در مقابل، رویکرد پایین به بالا بر نقش مجریان سطح میدان، کارکنان خط مقدم، بوروکرات‌های سطح خیابان و شرایط واقعی تعامل با شهروندان تأکید می‌کند (Agustin & Solikin, 2021; Buzogany & Pulzl, 2024). رویکردهای ترکیبی تلاش می‌کنند میان این دو منطق پیوند برقرار کنند و نشان دهند که اجرای موفق هم به طراحی مناسب در سطح کلان و هم به انعطاف، مشارکت و ظرفیت انطباق در سطح محلی نیاز

دارد (Maisarah & Yusran, 2025). در حوزه سلامت، اهمیت این نگاه ترکیبی بیشتر آشکار می‌شود؛ زیرا اجرای خطمشی سلامت در تعامل میان وزارتخانه‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر، مراکز درمانی، کارکنان سلامت، نهادهای غیردولتی، جامعه محلی، بیماران و اهداکنندگان خارجی شکل می‌گیرد. بنابراین، هرگونه مدل اجرایی در نظام سلامت باید هم‌زمان ابعاد ساختاری، مالی، انسانی، فناوری، فرهنگی و اجتماعی را در نظر گیرد (Doshmangir et al., 2025; Esmaeili Seraji et al., 2023).

افغانستان نمونه‌ای برجسته از زمینه‌های شکننده و پیچیده برای اجرای خطمشی سلامت است. این کشور طی دهه‌های اخیر با جنگ، ناامنی، بی‌ثباتی سیاسی، تغییرات مکرر ساختار قدرت، ضعف نهادهای رسمی، مهاجرت نیروی انسانی، فقر گسترده و وابستگی شدید به کمک‌های بین‌المللی روبه‌رو بوده است. چنین شرایطی، ظرفیت نظام سلامت را برای برنامه‌ریزی بلندمدت، حفظ تداوم مدیریتی، تخصیص منابع و ارائه خدمات پایدار با چالش جدی مواجه کرده است (Arif et al., 2023; Basij-Rasikh et al., 2024). پس از تحولات سیاسی اخیر، تعامل نهادهای بین‌المللی با ساختارهای سلامت افغانستان پیچیده‌تر شده و همکاری با مقامات به رسمیت شناخته نشده، مسئله‌ای مهم در اقتصاد سیاسی سلامت ایجاد کرده است (Paterson et al., 2025). این وضعیت موجب شده است که نظام سلامت افغانستان از یک سو به منابع و حمایت‌های خارجی نیازمند باشد و از سوی دیگر، در زمینه مشروعیت، هماهنگی، پاسخگویی و استقلال سیاستی با محدودیت‌های جدی مواجه شود.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجرای خطمشی سلامت در افغانستان، مسئله دسترسی نابرابر و شکننده به خدمات سلامت است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که پس از تحولات سیاسی سال‌های اخیر، موانع متعددی همچون محدودیت‌های مالی، موانع جغرافیایی، ناامنی، محدودیت‌های جنسیتی، کمبود نیروی متخصص و کاهش توان ارائه خدمات، دسترسی مردم به مراقبت‌های سلامت را دشوارتر ساخته است (Lamberti-Castronuovo et al., 2025). این موانع به‌ویژه در حوزه سلامت مادران و نوزادان، مراقبت‌های اولیه، واکسیناسیون، غربالگری سرطان و خدمات پیشگیرانه پیامدهای سنگینی دارد (Ibrahimi et al., 2025; Shahid et al., 2026). در چنین زمینه‌ای، اجرای خطمشی سلامت نمی‌تواند تنها بر تدوین اسناد رسمی یا تصویب برنامه‌های ملی متکی باشد، بلکه نیازمند درک دقیق از ظرفیت واقعی میدان، محدودیت‌های فرهنگی، نیازهای جمعیت، مشارکت جامعه و سازوکارهای پایش و بازخورد است. تجربه کشورهای دیگر نیز نشان می‌دهد که موفقیت اصلاحات سلامت، به‌ویژه در حوزه مراقبت ارزش‌محور، سلامت دیجیتال یا بازطراحی ارائه خدمات، به هم‌سویی میان منابع، داده‌ها، اعتماد، ساختار ارجاع و ظرفیت محلی وابسته است (Chen et al., 2026; Touchton et al., 2026; Ye et al., 2023).

از سوی دیگر، ساختار اجتماعی و فرهنگی افغانستان، اجرای خطمشی‌های سلامت را با پیچیدگی‌های خاصی مواجه می‌سازد. تنوع قومی، زبانی، مذهبی و قبیله‌ای، تفاوت‌های منطقه‌ای، نقش ساختارهای سنتی، سطح سواد سلامت، محدودیت‌های جنسیتی و نگرش‌های فرهنگی نسبت به بیماری، پیشگیری، درمان و مراجعه به مراکز سلامت، همگی بر میزان پذیرش و اثربخشی سیاست‌های سلامت اثرگذارند (Hodoudi et al., 2022; Nagra et al., 2024). مطالعات مربوط به مشارکت اجتماعی نیز نشان می‌دهد که سیاست‌های عمومی، به‌ویژه در حوزه‌هایی که مستقیماً با زندگی و باورهای مردم ارتباط دارند، بدون مشارکت واقعی جامعه و توجه به صدای ذی‌نفعان محلی با مقاومت، بی‌اعتمادی یا اجرای صوری مواجه می‌شوند (Ahmadi & Aftabi, 2022). بنابراین، اجرای خطمشی سلامت در افغانستان باید از رویکرد صرفاً متمرکز و دستوری فاصله بگیرد و به سمت الگویی حرکت کند که در آن جامعه محلی، کارکنان خط مقدم، نهادهای مدنی، رسانه‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر در فرایند تصمیم‌سازی، اجرا و ارزیابی نقش داشته باشند.

پیشینه پژوهش‌های داخلی و منطقه‌ای نشان می‌دهد که موانع اجرای خطمشی در حوزه سلامت و سایر بخش‌های عمومی غالباً ماهیتی چندبعدی دارند. در پژوهش‌های مرتبط با ایران، مسائلی مانند ضعف زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی، کمبود منابع مالی پایدار، ناهماهنگی بین‌بخشی، مشکلات نیروی انسانی، ابهام در طراحی سیاست، ضعف مدیریت اجرایی و ناکافی بودن فرهنگ پاسخگویی از مهم‌ترین موانع اجرای خطمشی‌های سلامت و عمومی شناسایی شده‌اند (Kiani, 2025; Miri Nejad, 2024; Nematian, 2025). همچنین در مطالعات مربوط به سازمان‌های عمومی و نظام‌های آموزشی، عواملی مانند تمرکزگرایی، ساختار نامناسب، ضعف انگیزش نیروی انسانی، نبود سازوکار مشارکتی، نابرابری در دسترسی، ضعف فناوری و موانع محیطی و قانونی به‌عنوان عوامل بازدارنده اجرای خطمشی گزارش شده‌اند (Ahmadi, 2023; Chatarchi, 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهد که ناکامی اجرا معمولاً حاصل یک عامل منفرد نیست، بلکه نتیجه تعامل میان ضعف طراحی، کمبود منابع، ناتوانی سازمانی، فقدان مشارکت و نبود سازوکارهای پاسخگویی است.

با وجود اهمیت این مطالعات، ادبیات موجود هنوز در زمینه ارائه مدل بومی برای اجرای خطمشی سلامت در افغانستان با خلأ جدی مواجه است. بسیاری از مدل‌های موجود در حوزه اجرای خطمشی سلامت بر کشورهای توسعه‌یافته یا کشورهای با ثبات نسبی نهادی و مدیریتی مبتنی‌اند و در نتیجه، نمی‌توانند به‌طور کامل ویژگی‌های افغانستان را توضیح دهند. حتی مطالعات انجام‌شده درباره نظام سلامت افغانستان اغلب بر یک حوزه خاص مانند دسترسی به مراقبت، سلامت مادران، پیامدهای سیاسی یا چالش‌های ارائه خدمات متمرکز بوده‌اند و کمتر به مدل‌سازی جامع رابطه میان منابع مالی، زیرساخت، فناوری، آمادگی اجرایی، شفافیت، پاسخگویی و اعتماد عمومی پرداخته‌اند. از نظر روش‌شناختی نیز تحلیل مضمون، به‌عنوان روشی انعطاف‌پذیر و مناسب برای کشف الگوهای معنایی در داده‌های کیفی، ظرفیت ارزشمندی برای فهم تجربه‌ها و ادراکات کنشگران مختلف نظام سلامت فراهم می‌کند (Braun & Clarke, 2024). بر همین اساس، استفاده از رویکرد کیفی و تحلیل عمیق دیدگاه‌های سیاست‌گذاران، مدیران، پزشکان، کارکنان خط مقدم و صاحب‌نظران می‌تواند به شناسایی لایه‌های پنهان موانع اجرا و تدوین مدلی متناسب با واقعیت افغانستان کمک کند.

بر این مبنا، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که اجرای خطمشی سلامت در افغانستان صرفاً با کمبود منابع یا ضعف مدیریتی قابل توضیح نیست، بلکه به نظر می‌رسد نظام سلامت این کشور در چرخه‌ای از ناکارآمدی بازتولیدشونده گرفتار است؛ چرخه‌ای که در آن وابستگی مالی به منابع بیرونی، بودجه‌ریزی غیرتحلیلی، ضعف زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی، ناپایداری مدیریتی، ظرفیت محدود منابع انسانی، فقدان شفافیت و پاسخگویی، و ضعف اعتماد عمومی یکدیگر را تقویت می‌کنند و شکاف میان تدوین و اجرای سیاست را گسترش می‌دهند. از این رو، مطالعه حاضر با تمرکز بر تجربه افغانستان می‌کوشد به جای ارائه راه‌حل‌های عمومی و غیربومی، مدلی زمینه‌مند و کاربردی برای فهم موانع و راهبردهای اجرای خطمشی سلامت ارائه دهد.

هدف پژوهش حاضر، شناسایی موانع و راهبردهای اجرای خطمشی سلامت در افغانستان و ارائه یک مدل بومی متناسب با شرایط نهادی، اقتصادی، زیرساختی، فرهنگی و اجتماعی این کشور است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با هدف بررسی موانع و راهبردهای اجرای خطمشی سلامت در افغانستان و ارائه مدلی بومی، از روش تحلیل مضمون بر پایه الگوی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک^۱ استفاده کرده است. انتخاب این روش به دلیل پیچیدگی، چندبعدی بودن و وابستگی عمیق پدیده اجرای خطمشی سلامت به زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی افغانستان صورت گرفته است؛ به‌گونه‌ای که رویکردهای کمی صرف قادر به آشکارسازی لایه‌های پنهان آن نیستند. تحلیل مضمون به‌عنوان روشی انعطاف‌پذیر اما نظام‌مند، امکان شناسایی و تحلیل الگوهای معنادار موجود در تجربه‌ها، ادراکات و تفسیرهای کنشگران مختلف را فراهم می‌آورد. ویژگی استقرایی و تفسیری این روش نیز سبب می‌شود که مضامین اصلی، بدون تحمیل چارچوب‌های نظری از پیش تعیین‌شده، مستقیماً از دل داده‌ها ظهور یابند؛ امری که برای مطالعه شرایط خاص و بومی افغانستان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۶ نفر از سیاست‌گذاران سلامت، مدیران اجرایی، پزشکان، پرستاران، کارکنان خط مقدم و صاحب‌نظران دانشگاهی در افغانستان گردآوری شد. تمامی مصاحبه‌ها پس از ضبط، به‌طور کامل پیاده‌سازی و با فایل‌های صوتی مطابقت داده شدند تا دقت و بی‌طرفی در فرایند داده‌پردازی حفظ گردد. سپس متون پیاده‌سازی‌شده، چندین بار توسط پژوهشگر و یک پژوهشگر دیگر مطالعه شد تا آشنایی عمیق با داده‌ها حاصل شده و نکات اولیه، ایده‌های تحلیلی و پرسش‌های کلیدی برای ورود به مرحله کدگذاری یادداشت‌برداری شوند. این مرحله، زمینه‌ساز فهم دقیق‌تر داده‌ها و آغاز تحلیل نظام‌مند گردید.

پس از آشنایی کامل با داده‌ها، مرحله کدگذاری باز به‌صورت استقرایی و بدون تحمیل مفاهیم از پیش تعیین‌شده آغاز شد؛ به این معنا که پژوهشگر بخش‌های معنادار متن را در ارتباط با پرسش‌های پژوهش شناسایی و برچسب‌گذاری کرد. این فرایند با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۲۰ به‌صورت نظام‌مند انجام شد و حاصل آن، استخراج ۵۱۲ کد

¹ Braun & Clarke

مفهومی از متن مصاحبه‌ها بود. در ادامه، کدهای استخراج‌شده با یکدیگر مقایسه، ترکیب و طبقه‌بندی شدند تا مضامین محوری و فرعی شکل گیرند. سپس مضامین در دو سطح بازبینی شدند: نخست از حیث انسجام درونی کدهای زیر هر مضمون، و دوم از منظر تناسب با کل داده‌ها. در نتیجه این بازبینی، برخی مضامین ادغام، حذف یا به مضامین فرعی تقسیم شدند تا نقشه نهایی مضامین، بازنمایی دقیق‌تری از داده‌ها ارائه دهد.

در گام‌های پایانی، مضامین نهایی تعریف و نام‌گذاری شدند تا ماهیت، دامنه و محتوای هر یک به‌روشنی مشخص گردد. برای انتخاب نام‌ها، علاوه بر تحلیل پژوهشگر، از واژه‌ها و تعبیر خود مشارکت‌کنندگان نیز استفاده شد تا مضامین به داده‌ها نزدیک‌تر باشند. این مرحله با همکاری دو پژوهشگر و مشورت یک استاد آشنا به روش‌شناسی کیفی انجام شد که به افزایش اعتبار یافته‌ها کمک کرد. در نهایت، گزارش نهایی پژوهش به‌صورت روایتی منسجم و مستند تدوین گردید که در آن مضامین اصلی با نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان و در پیوند با مبانی نظری و مطالعات پیشین تفسیر شده‌اند. بر این اساس، یافته‌های کیفی در قالب مدل نهایی بومی موانع و راهبردهای اجرای خطمشی سلامت در افغانستان ارائه شدند.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

تخصصیات	سابقه کار	شغل	نام	شماره
متخصص قلب و عروق	۲۲	پزشک	صبا	۱
پزشک عمومی و کارشناسی ارشد سلامت	۲۰	پزشک	عظیمی	۲
پزشک عمومی و کارشناسی ارشد مدیریت دولتی	۲۵	مشاور ارشد بیمارستان‌ها	نظام	۳
پزشک و دکترای مدیریت سلامت عمومی	۱۸	استاد دانشگاه	نیایش	۴
دکترای سلامت عمومی	۱۵	مدیر اجرایی خدمات سلامت	رحمانی	۵
کارشناسی ارشد تغذی عمومی	۲۰	استاد دانشگاه	مرسل	۶
دکترای جامعه‌شناسی	۱۴	استاد دانشگاه	امانی	۷
دکترای مدیریت	۱۸	استاد دانشگاه	رضایی	۸
کارشناسی ارشد مدیریت تکنولوژی	۱۵	کارمند ارشد وزارت بهداشت	وفایی	۹
پزشک و کارشناسی ارشد سلامت عمومی	۲۰	ریس موسسه غیردولتی	اوربا	۱۰
دکترای علوم سیاسی	۲۲	ریس دانشگاه خصوصی	انسان دوست	۱۱
دکترای علوم سیاسی	۲۲	استاد دانشگاه	شرافت	۱۲
پزشک عمومی و فوق تخصص	۱۵	مدیر در بیمارستان ابن سینا	صافی	۱۳
دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی	۲۰	مدیریتی نظام قضایی	مدثر	۱۴
پزشک و کارشناسی ارشد مدیریت سلامت	۱۵	مشاور ارشد منابع انسانی بهداشت	آبی	۱۵
دکترای حقوق و علوم سیاسی	۳۵	استاد دانشگاه	امیرزوی	۱۶

یافته‌ها

کدگذاری باز

در گام نخست و طی مرحله کدگذاری باز، تمامی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با دقت کامل مطالعه و جمله‌به‌جمله و گاه واژه‌به‌واژه مورد واکاوی قرار گرفتند. در این فرایند، هر عبارت، ایده یا مفهومی که به‌نحوی با پرسش‌های پژوهش مرتبط بود و حامل معنایی کلیدی به‌شمار می‌رفت، به‌عنوان یک کد باز شناسایی و ثبت شد. این مرحله با حساسیت تحلیلی بالا و تلاش برای اجتناب از تحمیل پیش‌فرض‌های نظری انجام گرفت و حاصل آن، استخراج ۵۱۲ کد باز اولیه بود. این کدها که خردترین و در عین حال بنیادی‌ترین واحدهای معنایی تحلیل را تشکیل می‌دهند، بازتاب‌دهنده طیف گسترده‌ای از دیدگاه‌ها، تجربه‌ها و ادراکات مشارکت‌کنندگان هستند و به‌عنوان ماده خام و زیربنای تمامی مراحل تحلیلی بعدی، چارچوبی غنی، جزئی‌نگر و چندلایه برای فهم عمیق پدیده مورد مطالعه فراهم آوردند.

کدگذاری باز، نخستین و حساس‌ترین گام در تحلیل کیفی داده‌ها به‌شمار می‌رود که در آن پژوهشگر با رویکردی تحلیلی، اکتشافی و تا حد امکان فارغ از داوری‌های زودهنگام، به متون مصاحبه مراجعه کرده و مفاهیم مستتر در گفتار مشارکت‌کنندگان را استخراج و نام‌گذاری می‌کند. این کدها عمدتاً بر پایه واژگان خود مشارکت‌کنندگان یا با عباراتی بسیار نزدیک به بیان آنان تدوین می‌شوند تا کمترین فاصله میان تجربه زیسته افراد و بازنمایی علمی آن ایجاد گردد. دستیابی به ۵۱۲ کد باز در این پژوهش نه‌تنها بیانگر غنای داده‌ها و تنوع تجربیات مشارکت‌کنندگان است، بلکه نشان‌دهنده دقت و عمق کافی در فرایند کدگذاری می‌باشد. این کدهای اولیه، ماده خام لازم برای مراحل بعدی تحلیل، از جمله مقایسه، تلفیق و خوشه‌بندی مفاهیم مشابه در قالب کدهای محوری، را فراهم کرده و زمینه را برای دستیابی به مدل نهایی و کدگزینی پژوهش مهیا ساختند.

کدگذاری محوری

در مرحله کدگذاری محوری، مجموعه ۵۱۲ کد باز استخراج‌شده از داده‌های خام، مورد تأملی عمیق‌تر و نظام‌مندتر قرار گرفتند تا از سطح توصیف صرف مؤلفه‌ها فراتر رفته و ساختاری منسجم از روابط پنهان میان آن‌ها پدیدار گردد. این گام با هدف ایجاد پیوند میان کدهای به‌ظاهر پراکنده و سازمان‌دهی آن‌ها در قالب مقوله‌هایی سطح بالاتر انجام شد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر با بازگشت به کدهای باز، به جستجوی الگوهای ارتباطی پرداخت و از یک سو، شباهت‌های معنایی و هم‌خانوادگی موضوعی کدها را شناسایی کرد و از سوی دیگر، زنجیره‌های علی، زمینه‌ای یا راهبردی میان آن‌ها را آشکار ساخت. در این فرایند، هر مقوله محوری به‌مثابه هسته‌ای نظری عمل کرد که ابعاد گوناگون یک پدیده را در بر می‌گرفت و با تعیین شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای مرتبط با آن، غنای تحلیلی پژوهش افزایش یافت. در نتیجه، کدهای پراکنده در قالب سه مقوله محوری «منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص»، «زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی» و «مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی» ساماندهی شدند که هر یک بازتاب‌دهنده‌ی یکی از ابعاد کلیدی مسئله اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان هستند. این سطح از تحلیل، داده‌ها را از وضعیت پراکندگی و توصیف صرف به سطح تبیین روابط ساختاری ارتقاء داد و بستری مستحکم برای گام نهایی، یعنی کدگذاری انتخابی و شناسایی مقوله هسته، فراهم آورد.

کد محوری منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص

این محور حول محدودیت منابع مالی، بودجه‌ریزی غیرتحلیلی و نیاز به تخصیص بهینه شکل می‌گیرد. این محور نشان می‌دهد که اجرای خط‌مشی سلامت بدون نظام مالی پایدار، بودجه‌ریزی علمی و ارزیابی اقتصادی با مشکل روبه‌روست.

جدول ۲. کد محوری منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص

کد محوری	کدهای باز
منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص	محدودیت منابع مالی
	وابستگی مالی به منابع بیرونی
	کمبود بودجه پژوهشی
	بودجه‌ریزی کوتاه‌مدت
	بودجه‌ریزی غیرتحلیلی
	تخصیص بهینه منابع
	خرید راهبردی خدمات
	پاسخگویی مالی
	تحلیل هزینه-اثربخشی
	نبود فرهنگ ارزیابی اقتصادی
	ضعف نظام حساب‌های ملی سلامت

این محور نشان می‌دهد که اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان بدون نظام مالی پایدار و بودجه‌ریزی علمی با چالش‌های جدی روبه‌روست. در مصاحبه دهم، اوریا تأکید می‌کند که «مدل مبتنی بر شواهد بدون تحلیل مالی ناقص است» و اگر منابع لازم برای اجرای پایدار آن وجود نداشته باشد، این مدل به شکست می‌رسد. او توضیح می‌دهد که در

وضعیت فعلی، بودجه‌ریزی بیشتر تاریخی، پروژه‌ای یا وابسته به تمویل‌کنندگان است و همین امر باعث می‌شود مسیر سیاست را پول تعیین کند، نه شواهد و نیازهای سلامت. این نگاه نشان می‌دهد که ضعف در پیوند میان شواهد، بودجه و اجرا، یکی از گلوگاه‌های اصلی نظام سلامت است.

اوریا در ادامه بر این نکته تأکید می‌کند که تخصیص منابع باید بر اساس بار بیماری، نیاز جمعیت، هزینه‌اثربخشی و عدالت توزیعی انجام شود. او ضمن اشاره به تجربه‌های ناموفق پروژه‌هایی که با بودجه خارجی آغاز شده‌اند اما هزینه تداوم آنها سنجیده نشده است، بر ضرورت بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، تحلیل هزینه‌اثربخشی مداخلات و ارزیابی کارایی شفاخانه‌ها و مراکز صحتی تأکید می‌کند. در این مصاحبه همچنین به مفاهیمی مانند خرید راهبردی خدمات سلامت و پاسخگویی مالی اشاره می‌شود که نشان می‌دهد منابع مالی باید به‌گونه‌ای تخصیص یابند که بیشترین اثر را بر سلامت جمعیت داشته باشند.

از سوی دیگر، انسان دوست در مصاحبه یازدهم بر این نکته تأکید دارد که مدل مطلوب باید بر مبنای اقتصاد سلامت، تخصیص بهینه منابع و خرید راهبردی خدمات استوار باشد. او توضیح می‌دهد که منابع مالی محدودند، نیازهای سلامت گسترده‌اند و وابستگی به کمک‌های بیرونی بالاست؛ در نتیجه، بودجه‌ریزی تاریخی و غیرتحلیلی نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای واقعی باشد. انسان دوست می‌گوید منابع نه بر اساس بار بیماری، تفاوت‌های منطقه‌ای یا اثربخشی مداخلات، بلکه بر اساس الگوهای گذشته، عادت‌های سازمانی یا الزامات تمویل‌کنندگان تخصیص می‌یابد. این امر نشان می‌دهد که نظام بودجه‌ریزی موجود، از رویکرد نیازمحور و نتیجه‌محور فاصله دارد.

این محور بر ضرورت پاسخگویی مالی، تقویت حساب‌های ملی سلامت، کاهش وابستگی مالی به منابع بیرونی و ایجاد نظام بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد تأکید دارد. اظهارات اوریا و انسان دوست نشان می‌دهد که تا زمانی که هزینه تداوم برنامه‌ها، پیامدهای مالی مداخلات و کارایی تخصیص منابع به‌طور منظم ارزیابی نشود، اجرای خطمشی سلامت پایدار نخواهد بود. بنابراین، گذار از بودجه‌ریزی غیرتحلیلی به بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، همراه با خرید راهبردی خدمات و تحلیل هزینه‌اثربخشی، شرط اساسی برای افزایش کارایی و عدالت در نظام سلامت افغانستان است.

کد محوری زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی

این محور به کمبود زیرساخت فنی، مشکلات عملیاتی و ظرفیت اجرایی در سطح نظام سلامت می‌پردازد. بدون زیرساخت مناسب، حتی سیاست‌های درست نیز در مرحله اجرا با شکست یا کندی مواجه می‌شوند.

جدول ۳. کد محوری زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی

کد محوری	کدهای باز
	کمبود برق
	ضعف تجهیزات
	نبود اینترنت و تجهیزات
	ضعف زیرساخت‌های جمع‌آوری داده
	ضعف تجهیزات
	واکنش‌های اضطراری به بحران‌ها
	شکندگی ساختار برنامه‌ریزی
	پروژه‌های پراکنده
	ناپیوستگی
	فرآیندی ساختارمند
	انعطاف‌پذیر

زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی

این محور نشان می‌دهد که اجرای مؤثر خطمشی سلامت در افغانستان، پیش از هر چیز، به زیرساخت فنی و اجرایی قابل اتکا وابسته است. در مصاحبه نهم، وفایی با اشاره به «نبود اینترنت پایدار، کمبود برق، ضعف تجهیزات، نبود نیروی متخصص فناوری اطلاعات و پراکندگی سیستم‌های اطلاعاتی» نشان می‌دهد که حتی اگر داده و سیاست در سطح مفهومی درست طراحی شوند، فقدان زیرساخت مناسب مانع تحقق آن‌ها در عمل می‌شود. او همچنین بر ارتقای سواد داده‌ای مدیران میانی و محلی، آموزش‌های کوتاه‌مدت و

مسئله محور، و استفاده از داشبورد برای تبدیل یافته‌ها به تصمیم مدیریتی تأکید می‌کند؛ امری که نشان می‌دهد آمادگی اجرایی فقط به وجود ابزار فنی محدود نیست، بلکه به ظرفیت انسانی برای بهره‌برداری از آن ابزارها نیز وابسته است.

از منظر تجهیز مراکز صحتی محلی، اوریا در مصاحبه دهم تأکید می‌کند که تجهیز تنها به معنای وسایل طبی نیست، بلکه باید برق، اینترنت، ابزار ثبت داده، فورم‌های ساده و استاندارد، آموزش کارکنان، نیروی کمکی برای ثبت اطلاعات و ارتباط منظم با سطح ولایت و مرکز را نیز دربر بگیرد. این نگاه نشان می‌دهد که مراکز صحتی محلی باید به‌عنوان تولیدکنندگان شواهد به رسمیت شناخته شوند، نه صرفاً واحدهای اجرایی. به باور او، اگر این مراکز بتوانند داده‌های دقیق و به‌موقع تولید کنند، تصمیم‌گیران ملی تصویر واقعی‌تری از وضعیت سلامت کشور خواهند داشت؛ در غیر این صورت، سیاست‌ها بر اساس اطلاعات ناقص یا غیرواقعی طراحی شده و در میدان با شکست مواجه می‌شوند.

در همین راستا، اوریا بر نظام منظم بازخورد میدانی، نشست‌های فصلی با کارکنان خط مقدم و تقویت زیرساخت مراکز محلی تأکید می‌کند. این موارد نشان می‌دهد که آمادگی اجرایی باید از پایین به بالا ساخته شود و تنها با صدور دستور از سطح مرکزی محقق نمی‌گردد. در واقع، عملکرد موفق نظام سلامت نیازمند آن است که اطلاعات، تجربه‌های عملی و مشکلات اجرایی مراکز محلی به‌صورت منظم به سطح تصمیم‌گیری منتقل شود و در مقابل، تصمیم‌های مرکزی نیز متناسب با ظرفیت واقعی میدان تنظیم گردد. چنین الگویی، پیوند میان زیرساخت، تولید داده و تصمیم‌سازی را تقویت می‌کند.

این محور بر سه لایه اصلی تأکید دارد: زیرساخت فنی و فیزیکی، آمادگی اجرایی و سازمانی، و حکمرانی داده و تداوم. شواهد استخراج‌شده از مصاحبه‌های وفایی، اوریا، انسان دوست و نظام نشان می‌دهد که بدون برق، اینترنت، تجهیزات، سیستم‌های ثبت داده، نیروی انسانی آموزش‌دیده و سازوکارهای بازخورد، اجرای خط‌مشی سلامت با کندی، ناپیوستگی یا شکست روبه‌رو می‌شود. بنابراین، گذار به یک نظام سلامت کارآمد مستلزم آن است که زیرساخت و فناوری نه به‌عنوان عناصر حاشیه‌ای، بلکه به‌عنوان پیش‌شرط‌های بنیادین اجرای سیاست دیده شوند.

کد محوری مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی

این محور بر رابطه دولت/نظام سلامت با مردم، پاسخگویی، مشارکت مدنی و اعتماد تمرکز دارد. در اجرای خط‌مشی سلامت، پذیرش اجتماعی و اعتماد عمومی زمانی تقویت می‌شود که سازوکارهای شفافیت و پاسخگویی واقعی وجود داشته باشد.

جدول ۴. کد محوری مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی

کدهای باز	کد محوری
نبود سازوکار شکایت و بازخورد مؤثر	مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی
نبود بازخورد	
کم‌توجهی به صدای مردم	
مزاحمت دانستن مطالبه‌گری	
مشارکت جامعه	
مشارکت و شبکه‌سازی	
مطالبه‌گری مدنی	
جامعه مدنی و رسانه‌ها	
پاسخگویی عمومی	
پاسخگویی مالی	
شفافیت تصمیم‌گیری	
اعتماد عمومی	
ضعف اعتماد عمومی	
مردم‌محور	
فرهنگ پاسخگویی	

این محور نشان می‌دهد که اجرای خطمشی سلامت تنها زمانی می‌تواند به پذیرش اجتماعی و اثربخشی پایدار برسد که مردم، جامعه مدنی و گروه‌های محلی در فرآیند سیاست‌گذاری دیده شوند. در مصاحبه هفتم، امانی تأکید می‌کند که مدل مناسب باید شامل «سازوکار مشارکت جامعه، شفافیت تصمیم‌گیری، پاسخگویی عمومی، ارتباطات مؤثر سلامت و نظارت اجتماعی بر اجرای سیاست‌ها» باشد. او به‌روشنی بیان می‌کند که اگر مردم در سیاست سلامت دیده نشوند، حتی سیاست علمی نیز ممکن است در اجرا شکست بخورد. این دیدگاه نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری از بالا به پایین، بدون توجه به تجربه و بازخورد مردم، زمینه‌ساز فاصله میان سیاست و پذیرش عمومی است.

امانی در ادامه بر نبود سازوکار شکایت و بازخورد مؤثر، کم‌توجهی به صدای مردم و ضعف اعتماد عمومی تأکید می‌کند. او می‌گوید در بسیاری از برنامه‌ها، جامعه مدنی جایگاه رسمی در فرآیند سیاست‌گذاری ندارد و حتی برخی نهادها مطالبه‌گری مدنی را مزاحمت می‌دانند، نه فرصتی برای اصلاح. این نکته حاکی از آن است که فقدان کانال‌های رسمی برای دریافت بازخورد و اعتراض، نه تنها مشارکت را کاهش می‌دهد، بلکه سرمایه اجتماعی و اعتماد عمومی را نیز تضعیف می‌کند. در مقابل، او پیشنهاد می‌کند که سازوکار رسمی مشارکت جامعه، نظام شکایت و بازخورد مردمی، انتشار عمومی شاخص‌های سلامت و آموزش رسانه‌ها در حوزه سلامت ایجاد شود.

از سوی دیگر، رضایی بر بُعد نهادی‌تر این محور تأکید می‌کند و می‌گوید فرهنگ تصمیم‌گیری آبی و ناپایدار باید جای خود را به حکمرانی مسئولانه بدهد؛ حکمرانی‌ای که در آن استفاده از داده نشانه ضعف تلقی نمی‌شود، بلکه مبنای اصلاح و پاسخگویی است. او بر ایجاد فضای امن سازمانی، یادگیری از خطا، اصلاح مبتنی بر شواهد و شکل‌گیری یک دبیرخانه رسمی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تأکید می‌کند. این نگاه نشان می‌دهد که پاسخگویی فقط یک مطالبه عمومی نیست، بلکه مستلزم نهادسازی و فرهنگ سازمانی مناسب نیز هست.

این محور بر پنج مؤلفه اصلی تکیه دارد: مشارکت جامعه، سازوکار شکایت و بازخورد، شفافیت تصمیم‌گیری، پاسخگویی عمومی و اعتماد عمومی. یافته‌های فایده‌ها نشان می‌دهد که تا زمانی که مردم، رسانه‌ها و جامعه مدنی در سیاست‌گذاری سلامت جایگاه رسمی و واقعی نداشته باشند، اعتماد عمومی شکننده باقی می‌ماند و اجرای سیاست‌ها با مقاومت یا بی‌اعتمادی روبه‌رو می‌شود. بنابراین، تقویت فرهنگ پاسخگویی، نهادینه‌سازی مشارکت و ایجاد سازوکارهای شفاف و قابل‌پیگیری، شرط ضروری برای موفقیت خطمشی سلامت در افغانستان است.

کد انتخابی

پدیده مرکزی: بازتولید ناکارآمدی در اجرای خطمشی سلامت

این پدیده مرکزی به وضعیتی اشاره دارد که در آن اجرای خطمشی‌های سلامت در افغانستان در یک چرخه‌ی معیوب گرفتار شده است؛ چرخه‌ای که از وابستگی شدید مالی به منابع بیرونی آغاز می‌شود، با بودجه‌ریزی غیرتحلیلی و کوتاه‌مدت تداوم می‌یابد، در بستر زیرساخت‌های فیزیکی و فناوری ناپایدار و نیروی انسانی ناتوان گرفتار می‌شود، و در نهایت با فقدان شفافیت، پاسخگویی و اعتماد عمومی، اجرای سیاست‌ها را با مقاومت، گسست و ناکارآمدی مواجه می‌سازد. در واقع، آنچه در نظام سلامت افغانستان رخ می‌دهد، صرفاً کمبود منابع یا ضعف مدیریتی نیست، بلکه بازتولید مستمر یک الگوی ناکارآمد است که هر بار با تغییر مدیران، قطع کمک‌های مالی یا بحران‌های امنیتی، خود را بازتولید می‌کند و امکان شکل‌گیری حافظه نهادی و یادگیری سازمانی را سلب می‌نماید. این چرخه، خطمشی‌های سلامت را از مسیر علمی و نیازمحور خود منحرف ساخته و آن‌ها را به ابزاری برای پاسخ‌گویی به فشارهای بیرونی، الزامات تمویل‌کنندگان و تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای تبدیل می‌کند.

پدیده مرکزی «بازتولید ناکارآمدی در اجرای خطمشی سلامت» نشان می‌دهد که مسئله اصلی نظام سلامت افغانستان، نه صرفاً نبود خطمشی‌های خوب، بلکه ناتوانی ساختاری و نهادی در تبدیل خطمشی‌های تدوین‌شده به اقدامات مؤثر و پایدار در سطح میدان است. این ناتوانی ریشه در تعامل سه حوزه‌ی کلیدی دارد: (الف) حوزه‌ی مالی-اقتصادی که با بودجه‌ریزی غیرتحلیلی، وابستگی بیرونی و نبود پاسخگویی مالی مشخص می‌شود؛ (ب) حوزه‌ی زیرساختی-فناورانه که با کمبود تجهیزات، ناپایداری شبکه‌های ارتباطی، پراکندگی سیستم‌های اطلاعاتی و ضعف آمادگی اجرایی همراه است؛ و (ج) حوزه‌ی اجتماعی-نهادی که با فقدان شفافیت، نبود سازوکارهای مشارکت و بازخورد، و بی‌اعتمادی عمومی گره خورده است. این سه حوزه نه به‌صورت مجزا، بلکه در تعامل با یکدیگر، چرخه‌ی ناکارآمدی را بازتولید می‌کنند؛ وابستگی مالی باعث می‌شود سیاست‌ها بر اساس اولویت‌های بیرونی



تدوین شوند، نه نیازهای داخلی؛ ضعف زیرساخت‌ها مانع از اجرای دقیق و پایش مستمر آن‌ها می‌شود؛ و نبود مشارکت و اعتماد عمومی، اجرای سیاست‌ها را با مقاومت و بی‌میلی مواجه می‌سازد. در نتیجه، خط‌مشی‌ها نه تنها به اهداف خود نمی‌رسند، بلکه خود به عاملی برای تضعیف بیشتر اعتماد و افزایش شکاف میان نظام سلامت و مردم تبدیل می‌شوند.

زمینه

اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان در زمینه‌ای شکل می‌گیرد که با چهار ویژگی اساسی مشخص می‌شود: نخست، بی‌ثباتی سیاسی و مدیریتی مزمن که با هر تغییر در ساختار قدرت یا جایگزینی مدیران ارشد، اولویت‌ها و مسیرهای سیاستی دستخوش دگرگونی می‌شود. این بی‌ثباتی، امکان برنامه‌ریزی بلندمدت و نهادینه‌سازی فرایندهای اجرایی را از بین برده و نظام سلامت را در وضعیت واکنشی و انفعالی نگه داشته است. دوم، فرهنگ مدیریتی سلسله‌مراتبی و تصمیم‌گیری دستوری که در آن اطلاعات و داده‌های میدانی به‌ندرت به سطح تصمیم‌گیری راه می‌یابند و مدیران میانی و ارشد، به‌جای تکیه بر شواهد و تحلیل، بر اساس تجربه‌های شخصی، شهود یا فشارهای سیاسی تصمیم می‌گیرند. این فرهنگ مدیریتی، نه تنها استفاده از شواهد را تضعیف می‌کند، بلکه فضایی ایجاد می‌کند که در آن انتقاد علمی و بازخورد اصلاحی، به‌عنوان تهدیدی برای جایگاه مدیران تلقی می‌شود.

سومین ویژگی زمینه‌ای، ضعف ساختاری و نهادی نظام سلامت است که در قالب نبود قوانین الزام‌آور برای استفاده از شواهد، فقدان ساختارهای پاسخگویی، پراکندگی نهادهای متولی و هماهنگی ضعیف بین‌بخشی بروز می‌کند. این ضعف نهادی باعث می‌شود که حتی در صورت تدوین خط‌مشی‌های خوب، مجریان در سطح میدان با فقدان دستورالعمل‌های شفاف، نبود منابع کافی و ناهماهنگی میان نهادهای مختلف مواجه شوند و در نتیجه، اجرا با سلیقه‌ها و تفسیرهای شخصی همراه گردد. چهارمین ویژگی، بستر اجتماعی-فرهنگی متنوع و پیچیده افغانستان است که با تنوع قومی، زبانی، ساختارهای قبیله‌ای و سطوح متفاوت سواد سلامت، اجرای سیاست‌های یکپارچه را با چالش مواجه می‌سازد. در این زمینه، بی‌توجهی به باورهای محلی، موانع جنسیتی و مشارکت ندادن جوامع محلی در فرایند سیاست‌گذاری، سبب می‌شود که خط‌مشی‌های سلامت، حتی اگر از نظر علمی درست طراحی شده باشند، در مرحله اجرا با مقاومت یا بی‌میلی مردم روبه‌رو شوند.

شرایط علی

شرایط علی، عواملی هستند که به‌طور مستقیم زمینه‌ساز شکل‌گیری و تداوم چرخه‌ی ناکارآمدی در اجرای خط‌مشی سلامت در افغانستان شده‌اند. مهم‌ترین این شرایط، وابستگی شدید مالی به کمک‌های بین‌المللی است که نظام سلامت را به نهادی آسیب‌پذیر و منفعل در برابر تصمیمات جامعه جهانی تبدیل کرده است. این وابستگی، نه تنها استقلال مالی را سلب کرده، بلکه باعث می‌شود اولویت‌های سلامت بر اساس الزامات تمویل‌کنندگان تعیین شوند، نه بر اساس نیازهای واقعی جمعیت. در چنین شرایطی، خط‌مشی‌ها اغلب به‌جای «نیازمحور»، «هداکننده‌محور» طراحی می‌شوند و پس از کاهش یا قطع کمک‌ها، با بحران تداوم مواجه می‌گردند. دومین شرط علی، بودجه‌ریزی غیرتحلیلی و کوتاه‌مدت است که در آن تخصیص منابع نه بر اساس بار بیماری، هزینه‌آفرینشی یا عدالت توزیعی، بلکه بر اساس الگوهای گذشته، عادات‌های سازمانی و فشارهای لحظه‌ای انجام می‌شود. این شیوه‌ی بودجه‌ریزی، نه تنها کارایی را کاهش می‌دهد، بلکه امکان ارزیابی اقتصادی مداخلات و تخصیص بهینه‌ی منابع را از بین می‌برد.

سومین شرط علی، ضعف زیرساخت‌های فیزیکی، فناوری و اطلاعاتی است. نبود اینترنت پایدار، کمبود برق، ضعف تجهیزات، پراکندگی سیستم‌های اطلاعاتی و فقدان نیروی متخصص فناوری اطلاعات، نظام سلامت را در وضعیتی قرار داده است که حتی در صورت وجود خط‌مشی‌های خوب، امکان اجرا و پایش آن‌ها در سطح میدان وجود ندارد. این ضعف زیرساختی، به‌ویژه در مراکز صحتی محلی و مناطق دورافتاده، به‌عنوان یک مانع جدی عمل می‌کند و داده‌های مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را غیرقابل‌دسترس یا غیرقابل‌اعتماد می‌سازد. چهارمین شرط علی، نبود نظام شفاف و پاسخگو در سطوح مختلف اجرایی است. فقدان سازوکارهای رسمی برای شکایت و بازخورد، کم‌توجهی به صدای مردم، نبود انتشار عمومی شاخص‌های سلامت و ضعف فرهنگ پاسخگویی، باعث می‌شود که مجریان و مدیران در قبال نتایج اقدامات خود مسئول شناخته نشوند و زمینه برای فساد، سوءمدیریت و هدررفت منابع فراهم گردد. این چهار شرط علی، در تعامل با یکدیگر، چرخه‌ای از ناکارآمدی را ایجاد می‌کنند که در آن وابستگی مالی، بودجه‌ریزی نادرست، زیرساخت ضعیف و نبود پاسخگویی، هر یک دیگری را تقویت کرده و اجرای خط‌مشی سلامت را با شکست مواجه می‌سازند.

شرایط مداخله‌گر

شرایط مداخله‌گر، عواملی هستند که می‌توانند مسیر اثرگذاری شرایط علی بر پدیده مرکزی را تشدید یا تعدیل کنند. مهم‌ترین عامل مداخله‌گر، بی‌ثباتی مدیریتی و نوسانات سیاسی در سطوح عالی وزارت صحت عامه و نهادهای مرتبط با سلامت است. با هر تغییر در مدیریت ارشد، اولویت‌ها، برنامه‌ها و حتی تیم‌های اجرایی دستخوش دگرگونی می‌شوند و بسیاری از فرایندهای قبلی متوقف یا فراموش می‌گردند. این بی‌ثباتی، نه تنها تداوم خطمشی‌ها را از بین می‌برد، بلکه امکان شکل‌گیری حافظه نهادی و یادگیری سازمانی را سلب می‌کند و نظام سلامت را در وضعیتی از «شروع مجدد مکرر» نگه می‌دارد که در آن هر مدیر جدید، مسیر جدیدی را آغاز می‌کند و تجارب پیشین به‌طور سیستماتیک نادیده گرفته می‌شوند. دومین عامل مداخله‌گر، فشارها و شرط‌های اهداکنندگان خارجی است که با تعیین اولویت‌ها، پروژه‌ها و حتی روش‌های اجرایی، استقلال سیاست‌گذاری داخلی را به‌شدت محدود می‌کنند. این فشارها، باعث می‌شود که حتی در صورت وجود شواهد داخلی و نیازهای محلی، خطمشی‌ها به‌سمتی هدایت شوند که مورد تأیید اهداکنندگان است، نه آنچه برای سلامت جمعیت ضروری‌تر است.

سومین عامل مداخله‌گر، سطح اعتماد عمومی به نظام سلامت و میزان مشارکت جامعه مدنی در فرایند سیاست‌گذاری است. در شرایطی که اعتماد عمومی پایین است و جامعه مدنی جایگاه رسمی در فرایند تصمیم‌سازی ندارد، حتی سیاست‌های خوب نیز در مرحله اجرا با مقاومت یا بی‌میلی مردم مواجه می‌شوند. برعکس، وجود سازوکارهای مشارکتی و نظام‌های بازخورد مؤثر، می‌تواند به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده عمل کرده و شکاف میان سیاست و پذیرش عمومی را کاهش دهد. چهارمین عامل مداخله‌گر، ظرفیت تخصصی و سواد داده‌ای مدیران و کارکنان نظام سلامت است. در شرایطی که مدیران میانی و ارشد توانایی خواندن شاخص‌ها، تحلیل روندها و تشخیص خطاهای داده‌ای را نداشته باشند، حتی در صورت وجود داده‌های دقیق و زیرساخت‌های مناسب، امکان استفاده از آن‌ها در تصمیم‌گیری وجود نخواهد داشت. بنابراین، کمبود نیروی انسانی متخصص و ضعف سواد شواهد در بدنه مدیریتی، به‌عنوان عاملی تشدیدکننده عمل می‌کند و اثرات مثبت سایر اقدامات را خنثی می‌سازد. در نهایت، وابستگی به مشاوران و کارشناسان بیرونی، به‌ویژه در حوزه‌های فنی و تخصصی، اگرچه می‌تواند به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده و جبران‌کننده کمبودهای داخلی عمل کند، اما در صورتی که با تقویت هم‌زمان ظرفیت داخلی همراه نباشد، به وابستگی بیشتر و تضعیف توان بومی منجر خواهد شد.

راهبردها

راهبردهای استخراج‌شده از داده‌های پژوهش، بر ضرورت حرکت از وضعیت موجود به سوی نظامی کارآمدتر، پایدارتر و پاسخگوتر تأکید دارند. نخستین و بنیادی‌ترین راهبرد، گذار از بودجه‌ریزی تاریخی و غیرتحلیلی به بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد و عملکرد است. این راهبرد مستلزم ایجاد نظام حساب‌های ملی سلامت، تحلیل هزینه‌اثربخشی مداخلات، خرید راهبردی خدمات سلامت و تخصیص منابع بر اساس بار بیماری، نیاز جمعیت و عدالت توزیعی است. همچنین کاهش وابستگی مالی به منابع بیرونی از طریق جذب منابع داخلی، ایجاد صندوق‌های پایدار سلامت و تنوع‌بخشی به منابع تأمین مالی، به‌عنوان یک راهبرد کلیدی برای کاهش آسیب‌پذیری نظام سلامت در برابر نوسانات سیاسی و تصمیمات جامعه جهانی مطرح می‌شود. دومین راهبرد، تقویت زیرساخت‌های فیزیکی، فناوری و اطلاعاتی در سطوح مختلف نظام سلامت، به‌ویژه در مراکز صحت محلی و مناطق دورافتاده است. این راهبرد شامل تأمین برق و اینترنت پایدار، تجهیز مراکز به ابزارهای ثبت و تحلیل داده، ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه و پراکنده، آموزش کارکنان در زمینه‌ی سواد داده‌ای و فناوری اطلاعات، و ایجاد سازوکارهای منظم بازخورد میدانی میان کارکنان خط مقدم و سطوح تصمیم‌گیری می‌شود.

سومین راهبرد، نهادینه‌سازی مشارکت، شفافیت و پاسخگویی در تمام سطوح نظام سلامت است. این راهبرد شامل ایجاد سازوکارهای رسمی برای شکایت و بازخورد مردم، انتشار عمومی شاخص‌های سلامت و عملکرد، آموزش رسانه‌ها در حوزه‌ی سلامت، و ایجاد جایگاه رسمی برای جامعه مدنی در فرایند سیاست‌گذاری می‌شود. همچنین تقویت فرهنگ پاسخگویی، به‌گونه‌ای که استفاده از داده و اصلاح مبتنی بر شواهد نشانه‌ی ضعف تلقی نشود، بلکه مبنای حکمرانی مسئولانه باشد، از دیگر مؤلفه‌های این راهبرد است. چهارمین راهبرد، ظرفیت‌سازی منابع انسانی و ارتقای سواد شواهد در مدیران میانی و ارشد نظام سلامت است. این راهبرد با برگزاری برنامه‌های آموزشی کوتاه‌مدت، کاربردی و مسئله‌محور در زمینه‌ی خواندن شاخص‌ها، تحلیل روندها، تشخیص خطاهای داده‌ای و تبدیل یافته‌ها به تصمیم مدیریتی، می‌تواند گام مؤثری در جهت کاهش تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای و شهودی بردارد. همچنین دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی باید از مقاله‌محوری به سمت مسئله‌محوری حرکت کرده و به‌طور مستقیم در حل مسائل نظام سلامت مشارکت

کنند؛ به گونه‌ای که پژوهش‌های دانشگاهی، به جای دغدغه‌های تئوریک، مستقیماً به سمت پاسخ‌گویی به چالش‌های اجرایی نظام سلامت هدایت شوند. در نهایت، راهبرد پنجم، ایجاد ثبات مدیریتی و تداوم رهبری در نظام سلامت است که با مصون‌سازی سیاست‌ها از نوسانات سیاسی، کاهش تغییرات مکرر در سطوح مدیریتی، و تقویت حافظه نهادی، می‌تواند امکان برنامه‌ریزی بلندمدت و اجرای پایدار خط‌مشی‌ها را فراهم آورد.

پیامدها

اجرای موفق راهبردهای فوق، می‌تواند پیامدهای مثبت و تحول‌آفرینی در نظام سلامت افغانستان به همراه داشته باشد. مهم‌ترین پیامد، حرکت از تصمیم‌گیری‌های واکنشی، سلیقه‌ای و کوتاه‌مدت به سوی سیاست‌گذاری پیش‌نگر، داده‌محور و مبتنی بر شواهد است. در این وضعیت، خط‌مشی‌های سلامت نه بر اساس فشارهای سیاسی یا الزامات اهداکنندگان، بلکه بر پایه‌ی تحلیل دقیق داده‌ها، ارزیابی هزینه‌اثربخشی و نیازهای واقعی جمعیت تدوین و اجرا می‌شوند و در نتیجه، مداخلات با بیشترین بازدهی انتخاب شده و منابع به صورت کارآمدتر و عادلانه‌تر تخصیص می‌یابند. دومین پیامد، افزایش پایداری و تداوم سیاست‌هاست؛ به گونه‌ای که با ایجاد ثبات مدیریتی، نهادهای سازنده و تقویت حافظه نهادی، خط‌مشی‌های سلامت در برابر تغییرات مدیریتی و نوسانات سیاسی مقاوم می‌شوند و امکان برنامه‌ریزی بلندمدت و تحقق اهداف توسعه‌ای در افق‌های پنج تا ده ساله فراهم می‌گردد. این پایداری، به نوبه‌ی خود، زمینه‌ساز شکل‌گیری یادگیری سازمانی و بهبود مستمر سیاست‌ها بر اساس بازخورد و داده‌های جدید می‌شود.

سومین پیامد، افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت و کاهش شکاف میان سیاست‌گذاران و مردم است. با نهادهای سازشی مشارکت جامعه، ایجاد سازوکارهای شفاف و پاسخگو، و انتشار عمومی شاخص‌های سلامت، مردم و جامعه مدنی احساس می‌کنند که در فرایند سیاست‌گذاری نقش دارند و نظام سلامت در قبال نتایج اقدامات خود پاسخگوست. این امر، نه تنها اجرای سیاست‌ها را با مقاومت کمتری مواجه می‌کند، بلکه زمینه‌ساز همکاری دوسویه و مشارکت فعال مردم در برنامه‌های سلامت، به‌ویژه در حوزه‌های حساسی مانند واکسیناسیون، سلامت مادران و تنظیم خانواده، می‌شود. چهارمین پیامد، افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت از طریق بهینه‌سازی مصرف منابع، کاهش موازی‌کاری و هدررفت سرمایه‌ها، و تمرکز بر مداخلات با بیشترین تأثیر بر سلامت جمعیت است. این امر، به‌ویژه در شرایطی که منابع مالی محدود و نیازها گسترده هستند، می‌تواند تفاوت چشمگیری در شاخص‌های کلان سلامت نظیر کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، بهبود تغذیه کودکان و افزایش دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی ایجاد کند. در نهایت، پیامد پنجم و کلان‌تر، خروج از چرخه‌ی بازتولید ناکارآمدی و حرکت به سمت حکمرانی سلامت مبتنی بر دانش، عدالت و مشارکت است. در این وضعیت، نظام سلامت از یک ساختار ایستا، منفعل و واکنشی به یک ساختار یادگیرنده، پویا و پیش‌نگر تبدیل می‌شود که توانایی انطباق با شرایط متغیر، یادگیری از خطاها و اصلاح مستمر خود را دارد و می‌تواند به‌عنوان یکی از ارکان توسعه‌ی پایدار افغانستان ایفای نقش کند.



شکل ۱. نمودار پارادایمی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای خطمشی سلامت در افغانستان با مجموعه‌ای از موانع درهم‌تنیده مواجه است که در سه مقوله محوری «منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص»، «زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی» و «مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی» سازمان یافتند. تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد که مسئله اصلی نظام سلامت افغانستان صرفاً کمبود منابع، ضعف مدیریتی یا نبود خطمشی نیست، بلکه گرفتارشدن در چرخه‌ای از «بازتولید ناکارآمدی در اجرای خطمشی سلامت» است. در این چرخه، وابستگی مالی به منابع بیرونی، بودجه‌ریزی کوتاه‌مدت و غیرتحلیلی، ضعف زیرساخت‌های فیزیکی و اطلاعاتی، ناپایداری مدیریتی، فقدان پاسخگویی و بی‌اعتمادی عمومی

یکدیگر را تقویت می‌کنند و مانع تبدیل خطمشی‌های تدوین‌شده به اقدامات پایدار و اثربخش می‌شوند. این یافته از آن جهت اهمیت دارد که نشان می‌دهد ناکامی اجرای خطمشی سلامت در افغانستان نه یک مسئله منفرد، بلکه پدیده‌ای سیستمی، چندسطحی و زمینه‌مند است که باید در پیوند میان ساختار حکمرانی، منابع مالی، ظرفیت اجرایی و پذیرش اجتماعی تحلیل شود.

از منظر نظری، یافته‌های این پژوهش با ادبیات خطمشی عمومی و مطالعات اجرای خطمشی همسو است. در نظریه‌های خطمشی عمومی، تدوین سیاست تنها بخشی از فرایند حکمرانی است و موفقیت نهایی زمانی تحقق می‌یابد که سیاست بتواند در میدان اجرا به پیامدهای واقعی تبدیل شود (Alvani & Sharifzadeh, 2024; Howlett, 2023). تمایز میان خطمشی، قانون، هدف و راهبرد نشان می‌دهد که داشتن اسناد رسمی یا اهداف مطلوب به‌تنهایی کفایت نمی‌کند، بلکه نظام اجرایی باید قادر باشد این اهداف را در قالب تصمیم‌ها، منابع، مسئولیت‌ها و سازوکارهای پاسخگویی عملیاتی سازد (Kalaherian & Khastar, 2011; Mehrara & Motavalli, 2025). یافته‌های حاضر همچنین با دیدگاه‌هایی همخوان است که مسائل عمومی را پیچیده، چندعاملی و غیرخطی می‌دانند و بر ضرورت تحلیل زمینه‌ای و نهادی در حل آنها تأکید دارند (Aiyede, 2022; Head, 2023). از این منظر، اجرای خطمشی سلامت در افغانستان را نمی‌توان با مدل‌های ساده بالا به پایین یا نسخه‌های اداری استاندارد توضیح داد؛ زیرا همان‌گونه که رویکردهای جدید اجرا تأکید می‌کنند، موفقیت اجرا به تعامل میان طراحی مرکزی، ظرفیت محلی، رفتار مجریان، مشارکت ذی‌نفعان و یادگیری مستمر وابسته است (Agustin, 2021; Solikin, 2021; Buzogany & Pulzl, 2024; Maisarah & Yusran, 2025; Petridou & Mintrom, 2021).

نخستین یافته محوری پژوهش، یعنی نقش تعیین‌کننده منابع مالی، بودجه و کارایی تخصیص، نشان داد که وابستگی شدید نظام سلامت افغانستان به کمک‌های خارجی، همراه با بودجه‌ریزی غیرتحلیلی و کوتاه‌مدت، یکی از مهم‌ترین عوامل تداوم ناکارآمدی اجرایی است. این یافته با مطالعاتی همسو است که نظام سلامت افغانستان را به دلیل تحولات سیاسی، کاهش کمک‌های بین‌المللی، محدودیت همکاری با مراجع به‌رسمیت‌شناخته‌نشده و بی‌ثباتی نهادی، در معرض شکنندگی شدید دانسته‌اند (Arif et al., 2023; Basij-Rasikh et al., 2024; Paterson et al., 2025). همچنین پژوهش‌های مربوط به دسترسی به مراقبت در افغانستان نشان داده‌اند که پس از تغییرات سیاسی اخیر، محدودیت‌های مالی، انسداد مسیرهای حمایتی و کاهش ظرفیت ارائه خدمات، دسترسی مردم به خدمات سلامت را با دشواری بیشتری مواجه کرده است (Ibrahimi et al., 2025; Lamberti-Castronuovo et al., 2025). از این رو، یافته حاضر تأکید می‌کند که بدون اصلاح نظام تأمین مالی، بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، تحلیل هزینه‌اثربخشی و تخصیص منابع بر اساس نیاز واقعی جمعیت، اجرای خطمشی سلامت در افغانستان همچنان به اولویت‌های اهداکنندگان، منابع ناپایدار و تصمیم‌های مقطعی وابسته خواهد ماند. این تبیین با شواهد پژوهش‌های منطقه‌ای درباره ضرورت تأمین مالی پایدار، حکمرانی نیمه‌متمرکز، اولویت‌بندی منابع و تقویت کارایی تخصیص در نظام سلامت همخوانی دارد (Kiani, 2025; Miri Nejad, 2024; Nematian Saghi, 2025).

دومین یافته محوری پژوهش، ضعف زیرساخت، فناوری و آمادگی اجرایی بود. مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که نبود برق پایدار، اینترنت قابل اتکا، تجهیزات مناسب، سامانه‌های اطلاعاتی منسجم، نیروی انسانی دارای سواد داده‌ای و سازوکارهای منظم بازخورد، سبب می‌شود حتی سیاست‌های علمی و درست نیز در مرحله اجرا با شکست یا کندی مواجه شوند. این یافته با مطالعات مربوط به نظام‌های سلامت یادگیرنده همسو است که بر اهمیت داده، بازخورد، یادگیری سازمانی و تحلیل چندسطحی در بهبود عملکرد نظام سلامت تأکید دارند (Harrison & Shortell, 2021; Sari, 2023). همچنین مطالعات مربوط به اجرای مدل‌های بازطراحی خدمات سلامت نشان می‌دهد که اعتماد جامعه، نظام ارجاع کارآمد، ظرفیت مراکز محلی و تعادل میان منابع و تقاضا، پیش‌شرط‌های مهم موفقیت مداخلات سلامت هستند (Chen et al., 2026). از سوی دیگر، تجربه سلامت دیجیتال در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که فناوری زمانی می‌تواند به بهبود دسترسی و کیفیت خدمات کمک کند که زیرساخت ارتباطی، آمادگی سازمانی، آموزش کاربران و قابلیت انطباق با زمینه محلی فراهم باشد (Ye et al., 2023). بنابراین، یافته حاضر بیانگر آن است که در افغانستان، فناوری و داده نباید صرفاً ابزارهای جانبی تلقی شوند، بلکه باید به‌عنوان زیربنای اجرای خطمشی، پایش عملکرد و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد بازتعریف گردند.

یافته سوم پژوهش درباره مشارکت، پاسخگویی، شفافیت و اعتماد عمومی نشان داد که اجرای خطمشی سلامت بدون پذیرش اجتماعی، نظارت عمومی و مشارکت واقعی مردم نمی‌تواند به پایداری برسد. این یافته با ادبیات حکمرانی سلامت و مشارکت اجتماعی همسو است؛ زیرا سیاست‌های سلامت، به‌ویژه در جوامع متکثر و سنتی، تنها زمانی موفق

می‌شوند که با فرهنگ، نیازها، ارزش‌ها و تجربه‌های زیسته مردم ارتباط برقرار کنند (Ahmadi & Aftabi, 2022; Hodoudi et al., 2022). افغانستان به دلیل تنوع قومی، زبانی، فرهنگی و ساختارهای قبیله‌ای، زمینه‌ای پیچیده برای اجرای خط‌مشی‌های یکپارچه دارد و همین مسئله ضرورت مشارکت محلی، اعتمادسازی و ارتباطات سلامت را افزایش می‌دهد (Nagra et al., 2024). همچنین مطالعات درباره موانع استفاده از خدمات سلامت مادران و مراقبت‌های ضروری در افغانستان نشان می‌دهد که موانع فرهنگی، جنسیتی، اقتصادی و اجتماعی می‌توانند دسترسی و استفاده از خدمات را محدود کنند (Ibrahimi et al., 2025). بنابراین، فقدان سازوکارهای شکایت، بازخورد و پاسخگویی عمومی در نظام سلامت افغانستان نه تنها یک ضعف اداری، بلکه عاملی برای تضعیف سرمایه اجتماعی و افزایش فاصله میان نظام سلامت و شهروندان است.

یافته‌های این پژوهش همچنین با شواهد مطالعات انجام‌شده در سایر حوزه‌های خط‌مشی عمومی همخوانی دارد. پژوهش‌های مربوط به اجرای خط‌مشی در نظام آموزش افغانستان نشان داده‌اند که تمرکزگرایی، عدم انطباق سیاست‌ها با نیازهای واقعی، ضعف انگیزش نیروی انسانی، نابرابری و نبود سازوکارهای مشارکتی از عوامل اصلی ناکامی اجرا هستند (Ahmadi, 2023). به‌طور مشابه، مطالعات مربوط به سازمان‌های عمومی نشان داده‌اند که موانع فردی، سازمانی، محیطی و فرایندی می‌توانند اجرای سیاست‌های توسعه منابع انسانی را مختل کنند (Chatarchi, 2022). این همسویی نشان می‌دهد که مسئله اجرای خط‌مشی در افغانستان و حتی در بسیاری از کشورهای منطقه، محدود به بخش سلامت نیست، بلکه به ضعف‌های عمیق‌تر حکمرانی عمومی، ظرفیت نهادی، هماهنگی بین‌بخشی و فرهنگ پاسخگویی مربوط است. در همین راستا، طراحی مدل اجرای خط‌مشی سلامت با تأکید بر مدیریت تعارض منافع نیز نشان می‌دهد که اجرای موفق در نظام اداری سلامت نیازمند شفافیت، هماهنگی نهادی، کنترل تعارض منافع و سازوکارهای پاسخگویی است (Esmaeili Seraji et al., 2023).

از نظر مقایسه با مطالعات بین‌المللی، یافته‌های پژوهش حاضر با شواهد مربوط به کشورهای شکننده، کم‌منبع و متأثر از تعارض همخوانی قابل توجهی دارد. مرورهای نظام‌مند در زمینه تقویت نظام سلامت در کشورهای شکننده نشان داده‌اند که خروج سرمایه انسانی، ناامنی، ضعف ظرفیت آموزشی، کمبود منابع، پراکندگی خدمات و فقدان نظام‌های حمایتی، اجرای اصلاحات سلامت را دشوار می‌سازند؛ در مقابل، مشارکت جامعه، ظرفیت‌سازی نیروی کار بومی، تأمین مالی نوآورانه و استفاده هدفمند از فناوری می‌تواند نقش تسهیل‌کننده داشته باشد (Bogale et al., 2024). مطالعات جهانی درباره نقش سازمان‌های غیردولتی نیز نشان داده‌اند که این سازمان‌ها می‌توانند در پرکردن شکاف ارائه خدمات، تقویت نیروی کار، ظرفیت‌سازی و بهبود حکمرانی سلامت نقش مؤثری ایفا کنند؛ البته این نقش زمانی اثربخش است که با برنامه‌ریزی مشترک، هماهنگی نهادی و پاسخگویی همراه باشد (Doshmangir et al., 2025). علاوه بر این، پژوهش‌های مربوط به مراقبت سلامت ارزش‌محور در آمریکای لاتین نشان می‌دهد که اجرای اصلاحات سلامت بدون داده‌های قابل اتکا، هم‌کنش‌پذیری اطلاعات، تأمین مالی مناسب و توافق نهادی میان بازیگران کلیدی با مانع روبه‌رو می‌شود (Touchton et al., 2026). این شواهد مؤید آن است که مدل بومی پیشنهادی پژوهش حاضر، با تأکید هم‌زمان بر منابع، زیرساخت، شفافیت و اعتماد عمومی، با جهت‌گیری‌های نوین حکمرانی سلامت در زمینه‌های کم‌منبع و پیچیده همسو است.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر اهمیت نگاه حقوق‌محور و توسعه‌محور به سلامت را نیز برجسته می‌سازد. در جوامع متأثر از جنگ و بی‌ثباتی، سلامت صرفاً موضوعی خدماتی نیست، بلکه با کرامت انسانی، عدالت اجتماعی، صلح، برابری جنسیتی و توسعه پایدار پیوند دارد (Percival et al., 2023; Singh, 2023). نظام‌های سلامت تاب‌آور در مناطق درگیر منازعه باید بتوانند ضمن پاسخ به نیازهای فوری، ظرفیت بلندمدت برای ارائه خدمات پایدار، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و کاهش نابرابری را نیز ایجاد کنند (Ugwu et al., 2025). در این چارچوب، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازتولید ناکارآمدی در اجرای خط‌مشی سلامت افغانستان پیامدی فراتر از ضعف مدیریتی دارد و می‌تواند به استمرار نابرابری، کاهش اعتماد اجتماعی، آسیب‌پذیری بیشتر زنان و کودکان و تضعیف ظرفیت توسعه‌ای کشور منجر شود. به‌ویژه در حوزه‌هایی مانند غربالگری سرطان، سلامت مادران، واکسیناسیون و مراقبت‌های اولیه، نبود مدل اجرایی بومی و پایدار می‌تواند پیامدهای جدی بر سلامت جمعیت داشته باشد (Lamberti-Castronuovo et al., 2025; Shahid et al., 2026).

از حیث روش‌شناختی، استفاده از تحلیل مضمون در این پژوهش امکان داد که تجربه‌ها، ادراکات و تفسیرهای کنشگران مختلف نظام سلامت افغانستان به‌صورت نظام‌مند استخراج و در قالب مقوله‌های معنادار سازمان‌دهی شود. تحلیل مضمون به دلیل انعطاف‌پذیری و قابلیت کشف الگوهای پنهان در داده‌های کیفی، برای مطالعه پدیده‌های پیچیده،

زمینه‌مند و کمتر نظریه‌پردازی شده مناسب است (Braun & Clarke, 2024). بر همین اساس، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر نه از چارچوب‌های ازپیش‌تحمیل‌شده، بلکه از دل داده‌های میدانی و تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج شد. این ویژگی موجب می‌شود مدل ارائه‌شده از نظر کاربردی، با واقعیت‌های نهادی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افغانستان انطباق بیشتری داشته باشد. در مجموع، بحث یافته‌ها نشان می‌دهد که خروج نظام سلامت افغانستان از چرخه بازتولید ناکارآمدی مستلزم رویکردی یکپارچه است که هم‌زمان اصلاح تأمین مالی، بودجه‌ریزی شواهدبنیان، تقویت زیرساخت و فناوری، ارتقای سواد داده‌ای، نهادینه‌سازی مشارکت جامعه، افزایش شفافیت و پاسخگویی، و ایجاد ثبات مدیریتی را دنبال کند.

این پژوهش با وجود تلاش برای انتخاب مشارکت‌کنندگانی متنوع از میان سیاست‌گذاران، مدیران، پزشکان، کارکنان خط مقدم و صاحب‌نظران دانشگاهی، به دلیل ماهیت کیفی خود دارای محدودیت‌هایی در تعمیم آماری یافته‌هاست. همچنین شرایط سیاسی و امنیتی افغانستان می‌تواند بر دسترسی به برخی گروه‌های کلیدی، صراحت پاسخ‌ها و امکان مشاهده میدانی مستقیم اثر گذاشته باشد. علاوه بر این، داده‌های پژوهش بر مبنای مصاحبه و تجربه ادراک‌شده مشارکت‌کنندگان گردآوری شد و ممکن است برخی ابعاد اجرایی، مالی یا نهادی که نیازمند داده‌های رسمی و کمی هستند، به‌طور کامل آشکار نشده باشند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، مدل ارائه‌شده در این پژوهش با استفاده از روش‌های کمی، دلفی، مدل‌سازی ساختاری یا روش‌های آمیخته اعتبارسنجی شود تا وزن و شدت اثر هر یک از ابعاد شناسایی شده مشخص گردد. همچنین انجام مطالعات مقایسه‌ای میان ولایت‌های مختلف افغانستان، یا مقایسه افغانستان با سایر کشورهای شکننده و درگیر منازعه، می‌تواند به غنای نظری مدل کمک کند. پژوهش‌های آینده بهتر است دیدگاه بیماران، زنان، گروه‌های محروم، سازمان‌های غیردولتی، اهداکنندگان بین‌المللی و کارکنان مراکز صحتی دورافتاده را نیز به‌طور مستقل بررسی کنند تا تصویر جامع‌تری از شکاف میان سیاست و اجرا به دست آید.

بر اساس یافته‌های پژوهش، سیاست‌گذاران سلامت افغانستان باید اجرای خط‌مشی را نه به‌عنوان مرحله‌ای اداری، بلکه به‌عنوان فرایندی چندبعدی، یادگیرنده و مشارکتی در نظر بگیرند. ایجاد نظام بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و ارتباطی، آموزش مدیران در زمینه تحلیل داده، طراحی سازوکارهای رسمی شکایت و بازخورد مردمی، انتشار عمومی شاخص‌های عملکرد و افزایش ثبات مدیریتی از مهم‌ترین اقدامات عملی برای بهبود اجراست. همچنین لازم است مراکز صحتی محلی از واحدهای صرفاً اجرایی به واحدهای تولیدکننده داده و بازخورد تبدیل شوند تا تصمیم‌گیری‌های ملی بر مبنای واقعیت‌های میدانی و نیازهای واقعی مردم انجام 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.

موازن اخلاقی

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

Extended Summary

Introduction

Health policy implementation is one of the most critical stages of public policy because the effectiveness of any policy ultimately depends on its translation into sustained institutional action, equitable service delivery, and measurable population-level outcomes. Public policy is not merely a formal statement of governmental intention; it is a structured process through which public problems are defined, priorities are selected, resources are allocated, and collective action is organized (Aiyede, 2022; Howlett, 2023). In this sense, health policy implementation requires more than technical planning, because it is shaped by governance capacity, political stability, financial sustainability, human resources, local culture, public trust, and institutional accountability (Alvani & Sharifzadeh, 2024; Kalaherian & Khastar, 2011; Mehrara & Motavalli, 2025). The literature on policy implementation emphasizes that the gap between policy formulation and policy execution often emerges from weak coordination, limited resources, unclear responsibilities, insufficient evidence use, and poor adaptation to contextual realities (Harrison & Shortell, 2021; Petridou & Mintrom, 2021; Sari, 2023). This challenge is especially visible in fragile and conflict-affected settings, where health systems must operate under conditions of insecurity, institutional fragmentation, dependency on external aid, and reduced public confidence (Bogale et al., 2024; Percival et al., 2023; Ugwu et al., 2025).

Afghanistan represents a particularly complex context for health policy implementation. Decades of conflict, chronic political instability, economic fragility, ethnic and cultural diversity, weak infrastructure, and dependence on international assistance have generated a highly vulnerable health system (Arif et al., 2023; Basij-Rasikh et al., 2024; Nagra et al., 2024). Recent socio-political changes have further complicated access to care, health governance cooperation, financing mechanisms, and service continuity, particularly in relation to maternal health, primary healthcare, cancer screening, and services for vulnerable groups (Ibrahimi et al., 2025; Lamberti-Castronuovo et al., 2025; Paterson et al., 2025; Shahid et al., 2026). Evidence from comparable health system reforms also indicates that effective implementation depends on community trust, referral systems, digital infrastructure, value-based resource allocation, coordination with non-governmental actors, and organizational learning (Chen et al., 2026; Doshmangir et al., 2025; Touchton et al., 2026; Ye et al., 2023). Previous studies in health and public policy have highlighted barriers such as financial constraints, weak infrastructure, centralized decision-making, inadequate human resource capacity, poor intersectoral coordination, and insufficient social participation (Ahmadi, 2023; Ahmadi & Aftabi, 2022; Chatarchi, 2022; Hodoudi et al., 2022; Kiani, 2025; Miri Nejad, 2024; Nematian Saghi, 2025). Moreover, implementation theories suggest that both top-down authority and bottom-up adaptation are necessary, especially in complex public systems where frontline actors reinterpret policy in practice (Agustin & Solikin, 2021; Buzogany & Pulzl, 2024; Maisarah & Yusran, 2025). Therefore, the present study aimed to identify the barriers and strategies for health policy implementation in Afghanistan and to present an indigenous model appropriate to the country's institutional, financial, infrastructural, cultural, and social conditions.

Methods and Materials



This study was conducted using a qualitative research design and thematic analysis. The qualitative approach was selected because the implementation of health policy in Afghanistan is a complex, context-dependent, and multidimensional phenomenon that cannot be adequately understood through numerical indicators alone. The study sought to explore the experiences, perceptions, and interpretations of key actors involved in the health system and to extract a grounded understanding of the barriers and strategies affecting policy implementation.

The participants consisted of 16 individuals selected through purposive sampling. They included health policymakers, executive managers, physicians, nurses, frontline health workers, hospital administrators, academic experts, and individuals with practical or scholarly experience in Afghanistan's health system. Selection continued until theoretical saturation was achieved, meaning that further interviews no longer generated substantially new analytical insights. Data were collected through semi-structured interviews, allowing the researcher to follow a flexible but systematic interview guide. The questions focused on participants' experiences of health policy implementation, perceived barriers, institutional and financial challenges, infrastructural weaknesses, public participation, accountability mechanisms, and practical strategies for improving implementation.

All interviews were recorded with participants' permission, transcribed verbatim, and checked against the audio files to ensure accuracy. The transcripts were read several times to achieve deep familiarity with the data. Data analysis was carried out through open, axial, and selective coding. In the open coding phase, meaningful units related to the research questions were identified and labeled. In the axial coding phase, conceptually related codes were compared, grouped, and organized into higher-order categories. In the selective coding phase, the central phenomenon was identified and integrated with the main categories to construct the final indigenous model. MAXQDA 2020 software was used to organize and manage the coding process. To enhance credibility, the coding process was reviewed by more than one researcher, and the final themes were refined through continuous comparison with the interview data.

Findings

The analysis of the interview data resulted in the extraction of 512 initial open codes. These codes reflected a broad range of experiences and perceptions regarding the challenges of health policy implementation in Afghanistan. Through axial coding, the initial codes were organized into three main categories: financial resources, budgeting, and allocation efficiency; infrastructure, technology, and implementation readiness; and participation, accountability, transparency, and public trust. The selective code of the study was identified as "reproduction of inefficiency in health policy implementation," which represents the central phenomenon explaining how multiple barriers interact and reinforce one another within Afghanistan's health system.

The first axial category, financial resources, budgeting, and allocation efficiency, showed that health policy implementation in Afghanistan is severely constrained by unstable financing, high dependence on external aid, short-term budgeting, non-analytical allocation of resources, weak financial accountability, and limited use of economic evaluation. Participants emphasized that many health policies and programs are shaped by donor priorities rather than population health needs. The findings indicated that resources are often allocated according to historical patterns, organizational habits, or external funding requirements instead of disease burden, regional disparities, cost-effectiveness, or equity considerations. This situation weakens sustainability and makes health programs vulnerable to political changes and reductions in international aid.

The second axial category, infrastructure, technology, and implementation readiness, revealed that weak physical and technical infrastructure is a major obstacle to policy execution. Participants referred to unstable electricity, poor internet access, inadequate equipment, fragmented information systems, limited data collection capacity, and shortages of trained information

technology personnel. The findings indicated that even well-designed health policies cannot be implemented effectively when local health centers lack the basic infrastructure needed to collect data, communicate with higher administrative levels, monitor performance, and provide timely feedback. Implementation readiness was therefore found to depend not only on facilities and equipment, but also on human capacity, data literacy, organizational continuity, and structured feedback mechanisms.

The third axial category, participation, accountability, transparency, and public trust, indicated that the success of health policy implementation depends on the relationship between the health system and the public. Participants emphasized the absence of effective complaint and feedback mechanisms, limited attention to people's voices, weak civil society participation, inadequate transparency in decision-making, and low public trust. The findings showed that when communities are excluded from policy processes, even technically sound policies may face resistance, indifference, or ineffective implementation. Public participation, social accountability, transparent reporting of health indicators, and formal channels for community feedback were identified as essential elements for improving the legitimacy and effectiveness of health policy implementation.

The final model suggests that Afghanistan's health system is trapped in a defective cycle. Financial dependency leads to donor-driven priorities and unstable program continuity. Non-analytical budgeting weakens efficiency and equity. Poor infrastructure prevents reliable implementation and monitoring. Limited participation and weak accountability reduce public trust. These factors interact and reproduce implementation inefficiency, preventing the emergence of institutional memory, organizational learning, and sustainable health governance.

Discussion and Conclusion

The findings of this study show that the main problem in health policy implementation in Afghanistan is not the absence of policy documents or formal health programs, but the persistence of a self-reinforcing cycle of implementation inefficiency. This cycle is produced by the interaction of financial dependency, weak budgeting systems, inadequate infrastructure, limited technological readiness, insufficient human capacity, weak accountability, and low public trust. Therefore, implementation failure should not be interpreted as a purely administrative or technical weakness. Rather, it reflects a deeper governance problem in which institutional fragility, financial instability, and social distrust continuously reproduce one another.

The study also demonstrates that improving health policy implementation in Afghanistan requires an integrated and context-sensitive approach. Financial reform is essential, but it is not sufficient unless accompanied by evidence-based budgeting, strategic purchasing, economic evaluation, and stronger financial accountability. Similarly, investment in infrastructure and technology will not generate sustainable change unless health workers and managers are trained to use data for decision-making. Public participation is also not merely a symbolic component; it is a necessary condition for building trust, improving responsiveness, and aligning policies with local needs. In this regard, local health centers should be recognized not only as service delivery units but also as sources of field evidence, community feedback, and practical knowledge.

The proposed indigenous model provides a framework for reducing the gap between health policy formulation and implementation in Afghanistan. It emphasizes the need to move from short-term, donor-dependent, and reactive decision-making toward evidence-based, participatory, accountable, and sustainable health governance. Practical implementation of this model requires stable leadership, institutionalized feedback mechanisms, transparent performance reporting, strengthened health information systems, improved data literacy, and structured community participation. Overall, the study concludes that Afghanistan's health system can move out of the cycle of reproduced inefficiency only through coordinated reforms that simultaneously address financing, infrastructure, human capacity, accountability, and public trust.



References

- Agustin, L., & Solikin, M. Y. (2021). Analysis of SMEs Credit Restructuring Policy in Economic Recovery during the COVID-19 Pandemic. *Jurnal Muara Ilmu Ekonomi Dan Bisnis*, 5(2), 405-416. <https://doi.org/10.24912/jmieb.v5i2.13087>
- Ahmadi, A. (2023). *Identifying and Ranking Barriers to the Implementation of Public Policies in Afghanistan's Education System* [Master's thesis in Public Administration, Public Policy-Making, University of Tehran, Regional Campuses, Alborz Campus].
- Ahmadi, E., & Aftabi, P. (2022). Examining the Position of Social Participation in the Process of Conservation and Management Policy-Making for World Heritage Cities. *Bagh-e Nazar*, 19(115), 69-80.
- Aiyede, E. R. (2022). Governance and Politics of Public Policy in Africa. In *Public Policy and Research in Africa* (pp. 87-121). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-99724-3_5
- Alvani, S. M., & Sharifzadeh, F. (2024). *The Process of Public Policy-Making*. Allameh Tabataba'i University Press.
- Arif, S., Rezaie, K. F., Madadi, S., & Mousavi, S. H. (2023). Afghanistan's Healthcare under Taliban: What Are the Challenges? *Medicine, Conflict and Survival*, 39(1), 93-99. <https://doi.org/10.1080/13623699.2023.2170576>
- Basij-Rasikh, M., Dickey, E. S., & Sharkey, A. (2024). Primary Healthcare System and Provider Responses to the Taliban Takeover in Afghanistan. *BMJ Global Health*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013760>
- Bogale, B., Scambler, S., Mohd Khairuddin, A. N., & Gallagher, J. E. (2024). Health System Strengthening in Fragile and Conflict-Affected States: A Review of Systematic Reviews. *PLoS One*, 19(6), e0305234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234>
- Braun, V., & Clarke, V. (2024). *Thematic Analysis: A Practical Guide* (E. Ebrahimi, Trans.). Academic Center for Education, Culture and Research Publications.
- Buzogany, A., & Pulz, H. (2024). Top-Down and Bottom-Up Implementation. In *Handbook of Public Policy Implementation* (pp. 116-126). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800885905.00016>
- Chatarchi, N. (2022). *Identifying Inhibiting Factors in the Implementation of Human Resource Training and Development Policies in the Public Sector: A Study of the Social Security Organization* [Master's thesis in Public Administration, Decision-Making and Public Policy-Making, University of Tehran, Faculty of Management].
- Chen, M., Ji, T., Wedlock, P. T., Bwire, V., Nyanchama, E., Mbelesia, J. A., & Alonge, O. (2026). Implementation Pathways of a Health Services Delivery Redesign Model to Improve Maternal and Newborn Outcomes in Kenya. *BMJ Global Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018240>
- Doshmangir, L., Sanadghol, A., Kakemam, E., & Majdzadeh, R. (2025). The Involvement of Non-Governmental Organisations in Achieving Health System Goals Based on the WHO Six Building Blocks: A Scoping Review on Global Evidence. *PLoS One*, 20(1), e0315592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315592>
- Esmaili Seraji, M. J., Karam, S., & Enayati, T. (2023). Designing a Model for Implementing Health Policy in the Administrative System with Emphasis on Conflict of Interest Management. *Razi Journal of Medical Sciences*, 30(6), 248-256.
- Harrison, M. I., & Shortell, S. M. (2021). Multi-Level Analysis of the Learning Health System: Integrating Contributions from Research on Organizations and Implementation. *Learning Health Systems*, 5(2), e10226. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10226>
- Head, B. W. (2023). Wicked Problems in Public Policy. In *Encyclopedia of Public Policy* (pp. 1-8). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90434-0_43-1
- Hodoudi, A., Asadi Davoudabadi, M. H., & Roshanaei, A. (2022). Sociology of Social Issues in Iran in the Field of Health. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences Faculty of Medicine*, 65(1), 521-544.
- Howlett, M. (2023). *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003343431>
- Ibrahimi, S., Yeo, S., Yusuf, K., Akrami, Z., & Roy, K. (2025). Factors Hindering Access and Utilization of Maternal Healthcare in Afghanistan under the Taliban Regime: A Qualitative Study with Recommended Solutions. *Healthcare*, 13(9), 1006. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091006>
- Kalaherian, R., & Khastar, H. (2011). *Decision-Making and Policy-Making in the Public Sector*. Sanjesh va Danesh.
- Kiani, M. A. (2025). *Designing a Semi-Centralized Governance Model for the Health System in Iran* [Doctoral dissertation in Geography, Political Geography, University of Tehran, Faculty of Geography].
- Lamberti-Castronuovo, A., Valente, M., Bocchini, F., Trentin, M., Paschetto, M., Bahdori, G. A., & Ragazzoni, L. (2025). Exploring Barriers to Access to Care Following the 2021 Socio-Political Changes in Afghanistan: A Qualitative Study. *Conflict and Health*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00595-4>
- Maisarah, G., & Yusran, R. (2025). Exploring the Key Factors in the Implementation of the GERMAS Policy: A Public Management Perspective Using the Mazmanian and Sabatier Framework. *Journal of Educational Management Research*, 4(4), 1870-1879. <https://doi.org/10.61987/jemr.v4i4.1144>
- Mehrara, A., & Motavalli, A. (2025). Challenges and Problems of Public Policy-Making Issues. *New Research Approaches in Management and Accounting*, 9(32), 31-47.
- Miri Nejad, E. (2024). *Drivers of Effective Implementation of the Family Physician Plan and Referral System Policy in Sistan and Baluchestan Province* [Master's thesis in Public Administration, Decision-Making and Public Policy-Making, University of Sistan and Baluchestan, Faculty of Management and Economics].
- Nagra, G. M., Nawaz, A., Imran, M., Javed, M., & Mustafa, G. (2024). People, Politics, and Society: A Historical Analysis of Afghanistan. *Remittances Review*, 9(2), 539-556.



- Nematian Saghi, H. (2025). *Pathology of the Implementation of Nursing Service Tariff-Setting Policy in Human Resource Management* [Master's thesis in Public Administration, Human Resource Development, Payame Noor University of South Khorasan Province, Birjand Payame Noor Center].
- Paterson, A., Palmer, J., & Sondorp, E. (2025). Health System Governance Cooperation with Unrecognised Health Authorities: A Political Economy Analysis in Afghanistan and Northwest Syria. *Conflict and Health*, 19(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13031-025-00669-x>
- Percival, V., Thoms, O. T., Oppenheim, B., Rowlands, D., Chisadza, C., Fewer, S., & Friberg, P. (2023). The Lancet Commission on Peaceful Societies through Health Equity and Gender Equality. *The lancet*, 402(10413), 1661-1722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01348-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01348-X)
- Petridou, E., & Mintrom, M. (2021). A Research Agenda for the Study of Policy Entrepreneurs. *Policy Studies Journal*, 49(4), 943-967. <https://doi.org/10.1111/psj.12405>
- Sari, A. R. (2023). The Impact of Good Governance on the Quality of Public Management Decision Making. *Journal of Contemporary Administration and Management (ADMAN)*, 1(2), 39-46. <https://doi.org/10.61100/adman.v1i2.21>
- Shahid, M., Omerzad, M. Z., Hashemi, S. S., Hamidi, N., Sultany, H. S., Sultani, M. Y., & Farhikhta, F. (2026). Cancer Screening in Afghanistan: A Narrative Review of Feasibility, Barriers, and Evidence-Based Strategies for Low-Resource Settings. *Cureus*, 18(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.101346>
- Singh, B. (2023). Reimagining Human Rights: Harnessing the Power of Law for Global Health and Sustainable Development Goals. *Human Rights in the Global South*, 2(2), 93-105. <https://doi.org/10.56784/hrgs.v2i2.65>
- Touchton, M., Arreola-Ornelas, H., Arizmendi-Barrera, K. A., Enciso, V. V., & Knaul, F. M. (2026). Drivers and Barriers for the Implementation of Value-Based Healthcare in Latin America: A Cross-Country Qualitative Policy Analysis. *The Lancet Regional Health - Americas*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101307>
- Ugwu, C. N., Ugwu, O. P. C., Alum, E. U., Eze, V. H. U., Basajja, M., Ugwu, J. N., & Uti, D. E. (2025). Sustainable Development Goals (SDGs) and Resilient Healthcare Systems: Addressing Medicine and Public Health Challenges in Conflict Zones. *Medicine*, 104(7), e41535. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041535>
- Ye, J., He, L., & Beestrum, M. (2023). Implications for Implementation and Adoption of Telehealth in Developing Countries: A Systematic Review of China's Practices and Experiences. *NPJ Digital Medicine*, 6(1), 174. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00908-6>