

- وصول مقاله: ۹۹/۵/۱۷
- اطلاع نهایی: ۹۹/۷/۵
- پذیرش نهایی: ۹۹/۷/۷

## شناسایی و تحلیل ذی نفعان سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت با استفاده از تکنیک دیمتل

زین العابدین شیخ بگلواکوه تیمورزاده<sup>۱</sup> حسن گیوربان آیداله عباس زاده سهرورن<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر، به منظور ارتقاء عقلانیت خطمشی گذاری عمومی از طریق مشارکت ذی نفعان در تدوین خطمشی های عمومی صورت گرفته است. بر این اساس، سؤال از چیستی الگوی عوامل مؤثر بر مشارکت ذی نفعان در فرایند تدوین خطمشی های عمومی در سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسأله اصلی این پژوهش بوده است.

**روش پژوهش:** تحقیق حاضر پژوهش آمیخته به صورت کیفی- کمی می باشد. در ابتدا از طریق مصاحبه، ذی نفعان سازمان غذا و داروی ایران شناسایی گردید. در گام دوم تحلیل، از طریق روش دیمتل به ۱۸ نفر از خبرگان حوزه خطمشی گذاری عمومی، مدیران و کارشناسان شاغل در سازمان غذا و داروی ایران مراجعه شد که در نتیجه آن رابطه ذی نفعان با یکدیگر و شدت اثر آنها بر هم مشخص گردید.

**یافته ها:** ۱۶ مورد از ذی نفعان سازمان غذا و داروی ایران شناسایی شد که نتایج پژوهش نشان داد که از نظر تأثیرگذاری و تأثیرپذیری (D-R) هیات دولت با مقدار ۰.۹۰۶ به عنوان تأثیرگذارترین ذی نفع و مصرف کننده نهایی با مقدار ۱.۹۷۱- تأثیرپذیرترین ذی نفع در بین ذی نفعان است و همچنین از لحاظ میزان اهمیت ذی نفعان (D+R)، وزارت بهداشت با مقدار ۵.۳۲۲ بیشترین و سازمان های بیمه گر با مقدار ۳.۲۱۶ کمترین اهمیت را دارند.

**نتیجه گیری:** با مشخص شدن ذی نفعان با اهمیت و تأثیرگذار مانند وزارت بهداشت و هیات دولت و همچنین ذی نفعان تأثیرپذیر مثل مصرف کننده نهایی و با در نظر گرفتن رابطه ذی نفعان با یکدیگر و شدت اثر هرکدام از آنها مبنای عمل خطمشی گذاران جهت جلب مشارکت ذی نفعان در نظام خطمشی گذاری عمومی سازمان غذا و داروی ایران قرار می گیرد.

**کلید واژه ها:** سازمان غذا و داروی ایران، خطمشی گذاری عمومی، ذی نفعان، مشارکت.

- ۱- دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: kaveh\_teymournejad@yahoo.com
- ۳- دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران

## مقدمه

نظام سلامت هر کشور از جمله بخش‌های مهم در حوزه عمومی است و سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با دیگر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده و دارای حساسیت و ویژگی خاصی می‌باشد [۱]. ماهیت تصمیم‌گیری در بخش سلامت، اغلب موضوعات مرتبط با مرگ و زندگی را در برمی‌گیرد. در بسیاری مواقع، سلامت و بقاء افراد جامعه تحت تأثیر بسیاری از تصمیم‌هایی است که توسط سیاست‌گذاران این بخش گرفته می‌شود [۲]. از نظر سازمان بهداشت جهانی دولت‌ها مسئول تأمین سلامت افراد جامعه هستند [۳]. در نظام سلامت تغییر سیاست به دلیل پیچیدگی فنی نظام‌های سلامت، بسیار چالش برانگیز است. لذا تغییر در بخشی از این نظام پیچیده و به هم پیوسته به طور اجتناب ناپذیری بر دیگر بخش‌ها و بسیاری از کارگزاران و ذی‌نفعان مختلف آن تأثیرگذار است [۴].

علت توسعه‌یافتگی کشورها را باید در سرمایه غنی خطمشی‌ای (سیاستی) جستجو کرد و سایر سرمایه‌ها فرع این سرمایه کلیدی هستند. بنابراین هرچه ظرفیت خطمشی‌گذاری ملی کشور بالاتر و غنی‌تر باشند، اطلاق عنوان کشور پیشرفته به آن بیشتر صادق است [۵].

با توجه به قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تولید سلامت را به عهده دارد و خطمشی‌گذاری و تدوین قوانین و مقررات با هدف ارتقاء سلامت مردم و بهبود عملکرد نظام سلامت (دسترسی، کیفیت، عدالت، پاسخگویی و کاهش هزینه‌ها در حوزه غذا، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی و فراورده‌های آرایشی و بهداشتی) از وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است که سازمان غذا و دارو عهده دار انجام این مهم می‌باشد.

فرآیند خطمشی‌گذاری و حل مسئله عمومی صرفاً فعالیتی دولتی نیست. به همین جهت، راه‌های پی بردن به وجود مسئله ضمن آنکه کار آسانی نیست اما کار

دولت هم به تنهایی نیست بلکه نیازمند مشارکت ذی‌نفعان می‌باشد [۶]. مشارکت ذی‌نفعان به عنوان سنگ بنای خطمشی‌گذاری معاصر محسوب شده و یکی از ابزارهای ایجاد دموکراسی و زمینه ساز توسعه پایدار در سازمان‌ها می‌باشد. مشارکت ذی‌نفعان باعث استفاده از دانش و ارزش‌های مشترک، هم‌چنین کاهش اختلاف نظر بین ذی‌نفعان، مدیران و مسئولان شده و باعث ایجاد اعتماد به آنها می‌شود. از پیامدهای دیگر مشارکت ذی‌نفعان شفافیت در تصمیم‌گیری و ایجاد انصاف و عدالت بین ذی‌نفعان می‌باشد. بنابراین مشارکت ذی‌نفعان به عنوان راهی برای بهبود کیفیت و مشروعیت در خطمشی‌گذاری دولتی محسوب می‌گردد. محققین تعاریف مختلفی از ذی‌نفع را ذکر کرده‌اند ولی به طور کلی از مجموع تمامی تعاریف صورت گرفته می‌توان به یک تعریف کامل و جامع رسید که بر اساس آن «ذی‌نفعان کسانی هستند که بر سازمان تأثیر می‌گذارند یا تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند». از آنجا که این یک اصطلاح کاملاً عمومی است، بازیگران زیادی وجود دارند که می‌توانند به عنوان افراد یا گروه‌هایی تعریف شوند که به عنوان ذی‌نفعان تأثیر بگذارند یا تحت تأثیر قرار بگیرند [۷].

مدیریت ذی‌نفعان بر این تأکید دارد که اولاً، هرگاه خطمشی‌گذاری عمومی به درستی انجام شود، پیامدهای مثبت آن همه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هرگاه نقصان و کاستی در آنها باشد، همه جامعه از تأثیرات منفی آن آسیب می‌بینند؛ اما تأثیرات مثبت و منفی بر همه ذی‌نفعان یکسان نبوده و نقش هر گروه از ذی‌نفعان همانند دیگران نخواهد بود. دوماً، ظرفیت و ابزار گروه‌های ذی‌نفع با هم متفاوت بوده و قدرت نفوذ متفاوتی بر خطمشی‌های عمومی دارند [۸]. بنابراین تعامل و مدیریت مناسب ذی‌نفعان باید یک بخش اساسی از وظایف مدیریت سازمان‌ها باشد به طوری که می‌توان مدیریت مسائل عمومی را مدیریت پاسخگویی به ذی‌نفعان مختلف سازمان‌ها تعریف کرد [۹].

امروزه به حداکثر رساندن سود فقط هدف فعالیت تجاری نیست، بلکه ایجاد تعادل بین انتظارات ذی‌نفعان

در ارائه راه حل نقش کم رنگی ایفا نماید در مقابل یک گروه که در شناسایی مشکل نقش کم رنگی داشته در ارائه راه‌حل‌ها فعال باشد [۱۴].

Brezovar در تحقیقی با عنوان مشارکت زودهنگام ذی‌نفعان برای تنظیم بهتر عملکرد سازمان‌های غیردولتی (NGO) اسلوانی، یک تحلیل تجربی از روند نظارتی قانون سازمان‌های غیردولتی پذیرفته‌شده در اسلوانی را ارائه می‌دهد و بر تاثیر مشارکت ذی‌نفعان در مراحل اولیه فرآیند قانونگذاری (آماده‌سازی) تاکید دارد. وی بر این باور است که قوانین و دستورالعمل‌های موجود برای مشارکت سهامداران کافی نیست و نیاز به تغییر در فرهنگ سیاسی وجود دارد که فرآیند قانونگذاری به روشی بهبود یابد تا تعامل ذی‌نفعان را ممکن سازد [۱۵]. Bernadette در تحقیقی تحت عنوان ایجاد همکاری از طریق مشارکت ذی‌نفعان و ایجاد دانش در خدمات شبکه‌های غیردولتی، بیان می‌کند که سه دسته از پلتفرم‌های تعامل (فرآیندهای مشترک، منابع فیزیکی / فضاها / رویدادها و برنامه‌های دیجیتالی) و سه سطح درگیری (تعامل شناختی، عاطفی و رفتاری) خلق ارزش از طریق مشارکت ذی‌نفعان در مراحل مختلف ایجاد دانش را افزایش می‌دهد [۱۶].

مصدق‌راد در تحقیق خود تحت عنوان "الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی" برخی از مشکلات و چالش‌های حاکمیتی نظام سلامت کشورهای در حال توسعه را ضعف دانش و مهارت در زمینه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، عدم مشارکت همه ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت و عدم توجه به همه عوامل موثر بر سلامتی می‌داند [۱۷]. هم‌چنین گلدار و همکاران در پژوهشی با عنوان طراحی چارچوب مفهومی درگیری‌سازی ذی‌نفعان در خط‌مشی‌گذاری عمومی نشان دادند که عوامل زمینه‌ای، عوامل تسهیل‌گر، عوامل بازدارنده، عوامل مواجهه با مساله عمومی و شناسایی پیامدهای مطلوب به عنوان مهم‌ترین عوامل درگیری‌سازی ذی‌نفعان در خط‌مشی‌گذاری عمومی محسوب می‌شوند [۱۸].

به عنوان شرط لازم و ضروری برای بقا و موفقیت سازمان شناخته می‌شود. لذا برای دستیابی به تعادل، بنگاهها نمی‌توانند به رشد خودجوش روابط ذی‌نفعان متکی باشند، آنها باید یک رویکرد مدیریتی را توسعه دهند تا از طریق آن بتوانند روابط پایدار برقرار کنند. به عبارت دیگر، سازمان‌ها باید متعهد شوند که شبکه گسترده‌ای از روابط بین سهامداران، کارمندان و ذی‌نفعان ایجاد کنند و در پرورش آنها سرمایه‌گذاری کنند تا آنها را بی‌وقفه موثرتر کنند [۱۰].

عدم توجه به مشارکت ذی‌نفعان در تدوین خط‌مشی‌های عمومی در ایران، موجب شکل‌گیری خط‌مشی‌های ناکارآمد می‌شود که در حل مسائل عمومی ناتوان است، با توجه به ضرورت مشارکت ذی‌نفعان در تدوین خط‌مشی‌های عمومی باید کلیه ذی‌نفعان با به اشتراک گذاشتن دانش و اطلاعات خود باعث ایجاد اطلاعات مفید و پشتوانه‌ای برای بهبود بلندمدت در تدوین خط‌مشی‌های عمومی شوند تا این که بتوانیم به نقطه مطلوب برسیم [۱۱]. بنابراین اولین قدم برای مشارکت ذی‌نفعان مشخص کردن افراد ذی‌نفع است، عدم شناسایی ذی‌نفعان اصلی، خطر عدم موفقیت فرایند مشارکت ذی‌نفعان را به همراه دارد، اگرچه دخالت همه ذی‌نفعان در فرآیند تصمیم‌گیری یکسان نیست، اما همه آنها باید مشخص و درگیر شوند [۱۲].

اما مسئله اصلی این است که در تدوین خط‌مشی‌های عمومی در ایران بین وضع موجود و وضع مطلوب فاصله وجود دارد و به نظر می‌رسد اصلی‌ترین نواقص در تدوین خط‌مشی‌های عمومی ایران عدم مشارکت کلیه ذی‌نفعان در تدوین خط‌مشی‌های عمومی باشد [۱۳].

از نظر Baldwin عوامل شکل‌گیری نقش‌های مختلف برای بازیگران خط‌مشی‌گذاری عمومی، ماهیت چندبعدی، پیچیدگی و گستردگی مسائل عمومی و جایگاه گروه‌های ذی‌نفع در مراحل مختلف و متفاوت این فرآیند است. در واقع، ذی‌نفعان در هر مرحله با شدت تاثیر متفاوت ایفای نقش می‌کنند. یک گروه ممکن است نقش پررنگی در شناسایی مشکل داشته اما

تجربه کاری مرتبط بوده‌اند نمونه‌گیری به صورت نظری و به تعداد ۱۸ نفر انتخاب گردید.

تکنیک دیمتل (DEMATEL) توسط Fonetla و Gabus و در سال ۱۹۷۱ ارائه شد. این تکنیک روشی برای حل مسائل پیچیده است. تکنیک دیمتل به طور گسترده در حوزه‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. به همین دلیل، می‌توان آن را برای کمک به مدیران در تصمیم‌گیری چندمعیاره مورد استفاده قرار داد [۲۰] وجه برتری این روش نسبت به سایر روش‌ها، تصمیم‌گیری بر پایه مقایسات زوجی و پذیرش بازخورد روابط است؛ یعنی در ساختار سلسله‌مراتبی حاصل از آن، هر عنصر می‌تواند بر تمامی عناصر هم‌سطح خود تأثیر بگذارد و از تک تک آنها تأثیر پذیرد [۲۱]. تکنیک دیمتل که از انواع روش‌های تصمیم‌گیری بر اساس مقایسه‌های زوجی است، با بهره‌مندی از قضاوت خبرگان در استخراج عوامل یک سیستم و ساختاردهی نظام‌مند به آنها با بکارگیری اصول نظریه گراف‌ها، ساختاری سلسله‌مراتبی از عوامل موجود در سیستم همراه با روابط تأثیر و تاثر متقابل ارائه می‌دهد، به گونه‌ای که شدت اثر روابط مذکور را به صورت امتیاز عددی معین می‌کند. روش دیمتل جهت شناسایی و بررسی رابطه متقابل بین عوامل و ساختن نگاهت روابط شبکه به کار گرفته می‌شود و می‌تواند عوامل درگیر را به دو گروه علت و معلول تقسیم نماید و رابطه میان آنها را به صورت یک مدل ساختاری قالب درک درآورد.

چهار مرحله برای انجام تکنیک دیمتل شناسایی کرده‌اند [۲۲]:

۱- تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری اولیه: زمانیکه از دیدگاه چندنفر استفاده می‌شود از میانگین ساده نظرات استفاده می‌شود و ماتریس  $A$  را تشکیل می‌دهیم که به صورت  $A=[a_{ij}]n*n$  نشان می‌دهیم.

$$a_{ij} = \frac{1}{k} \sum_{k=1}^k P_{ij} \quad 1$$

۲- محاسبه ماتریس روابط مستقیم اولیه نرمال شده:

$$D=S*A \quad 2$$

در اغلب کشورها مکانیزمی برای مشارکت ذی‌نفعان در حاکمیت نظام سلامت وجود دارد. به عنوان مثال، در ژاپن در هر منطقه یک شورای بهداشتی درمانی تشکیل شده که طبق قانون مراقبت پزشکی، نمایندگان ذی‌نفعان باید در این شورا حضور داشته باشند و در مورد برنامه خدمات سلامتی منطقه خود نظر دهند [۱۹]. اولین گام در راستای مشارکت دادن ذی‌نفعان در خط‌مشی‌گذاری عمومی‌شناسایی و تجزیه و تحلیل درست آنها می‌باشد. سازمان غذا و دارو با توجه به تنوع فعالیت‌ها و حساسیت وظایف و مأموریت‌هایش دارای ذی‌نفعان متنوعی می‌باشد که هر کدام از آنها می‌توانند به روش‌های مختلف بر سیاست‌های سازمان تأثیر بگذارند یا از آن تأثیر بپذیرند. پژوهش حاضر بر آن است تا با بررسی دانش نظری موجود در زمینه مشارکت ذی‌نفعان و با بهره‌گیری از تجارب خبرگان، ذی‌نفعان درگیر در خط‌مشی‌گذاری عمومی‌را در سازمان غذا و دارو مورد شناسایی قرار دهد و میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری هریک از ذی‌نفعان بر خط‌مشی‌های سازمان را مشخص نماید و همچنین میزان تعامل و ارتباط هریک از ذی‌نفعان با یکدیگر را تعیین نماید.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهشی آمیخته کیفی - کمی است. در مرحله نخست از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۸ نفر از خبرگان دانشگاهی، ذی‌نفعان و مدیران واحد‌های مختلف سازمان غذا و دارو، فهرست اولیه از کلیه ذی‌نفعان و انتظارات هر کدام از آنها استخراج شد. در مرحله بعد در قالب روش دیمتل به ۱۸ نفر از خبرگان حوزه خط‌مشی‌گذاری عمومی و کارشناسان در سازمان غذا و دارو مراجعه گردیده و نظرات آنان در جهت سنجش شدت اثر هریک از ذی‌نفعان از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. جامعه آماری در این پژوهش از صاحب‌نظران حوزه خط‌مشی‌گذاری، مدیران، و ذی‌نفعان سازمان غذا و دارو است که دارای سطح تحصیلات دکتری و بالاتر و

تعدیل‌های مورد نظر آنها، ذی‌نفعان در جدول ۱ فهرست شده‌اند. (جدول ۱)

به منظور تحلیل ۱۶ مورد از ذی‌نفعان به دست آمده جدول ۱ از روش دیمتل استفاده شده است. همچنین به منظور مقایسه ذی‌نفعان با یکدیگر از ۵ مقدار بدون تاثیر=۰، تاثیر کم=۱، تاثیر متوسط=۲، تاثیر زیاد=۳ و تاثیر خیلی زیاد=۴ استفاده شده است.

برای بررسی عوامل از نظر ۱۸ خبره استفاده شده که برای ادغام نظرات همه خبرگان از رابطه ۱ استفاده شده است. یعنی برای ادغام نظرات از میانگین حسابی پاسخ‌ها استفاده می‌شود. گام ۱- تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری اولیه: این ماتریس در حقیقت از میانگین ساده نظرات پاسخ‌دهندگان استخراج می‌شود. ماتریس تصمیم‌گیری اولیه در جدول ۲ آورده شده است. این جدول ادغام نظرات ۱۸ نفر از خبرگان حوزه غذا و دارو و بر اساس میانگین حسابی تدوین شده است. (جدول ۲)

گام ۲- نرمال کردن ماتریس ارتباطات مستقیم: با توجه به روابط بالا ماتریس را نرمال می‌کنیم برای این منظور ابتدا جمع تمامی سطرها و ستونها محاسبه می‌شود. معکوس بزرگترین عدد سطر و ستون S را تشکیل می‌دهد. بزرگترین عدد ۴۸/۲۹ است و تمامی مقادیر جدول ۲ بر معکوس این عدد ضرب می‌شود تا ماتریس نرمال شود. که ماتریس نرمال شده در جدول ۳ آورده شده است. (جدول ۳)

گام ۳- محاسبه ماتریس کامل (T): برای محاسبه ماتریس ارتباط کامل ابتدا ماتریس همانی  $(I_{16 \times 16})$  تشکیل می‌شود. سپس ماتریس همانی را منهای ماتریس نرمال کرده و ماتریس حاصل را معکوس می‌کنیم. در آخر ماتریس نرمال را در ماتریس معکوس ضرب می‌کنیم. ماتریس روابط کل در جدول ۴ آورده شده است. (جدول ۴)

گام ۴- تعیین ارزش آستانه و به دست آوردن نقشه ارتباط - اثر: در این مرحله بر اساس میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری که به ترتیب از جمع سطرها و ستون‌های هر عامل محاسبه می‌شود، می‌توان به یک نمودار علی

که در این فرمول S به صورت زیر محاسبه می‌شود. ابتدا جمع تمامی سطرها و ستون‌ها محاسبه می‌شود. معکوس بزرگترین عدد سطر و ستون S را تشکیل می‌دهد.

$$S = \frac{1}{\max \sum_{j=1}^n a_{ij}} \quad ۳$$

۳- محاسبه ماتریس ارتباط کامل با رابطه  $T=D(I-D)^{-1}$  که که I ماتریس یکسان‌سازی یا همانی است به و ترتیب، R و D که به صورت بردارهای  $n \times 1$  و  $1 \times n$  هستند، نشان‌دهنده مجموع ردیف‌ها و مجموع ستون‌های ماتریس ارتباط کل T می‌باشند.  $D_i + R_j$  اثری است که عامل i بر j می‌گذارد و  $-D_i - R_j$  اثری را نشان می‌دهد که عامل i از عامل j می‌پذیرد. به طور خاص، اگر  $D_i + R_j$  مثبت باشد، عامل i یک علت کلیدی است و اگر  $R_j - D_i$  منفی باشد، عامل i به عنوان یک معلول کلیدی مطرح می‌شود و دریافت‌کننده است.

۴- تعیین ارزش آستانه و به دست آوردن نقشه ارتباط اثر: جهت تعیین نقشه روابط شبکه باید ارزش آستانه محاسبه شود. با این روش می‌توان از روابط جزئی صرف‌نظر کرده و شبکه روابط قابل اعتنا را ترسیم کرد. تنها روابطی که مقادیر آنها در ماتریس T از مقدار آستانه بزرگتر باشد در نقشه روابط شبکه نمایش داده خواهد شد. برای محاسبه مقدار آستانه روابط کافی است تا میانگین مقادیر ماتریس T محاسبه شود. بعد از آنکه شدت آستانه تعیین شد، تمامی مقادیر ماتریس T که کوچکتر از آستانه باشد صفر شده یعنی آن رابطه علی در نظر گرفته نمی‌شود.

## یافته‌ها

در این تحقیق با استفاده از مصاحبه با ۱۸ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران و کارشناسان، تعداد ۱۶ مورد از ذی‌نفعان سازمان غذا و دارو شناسایی شد و مبنای ادامه راه در این تحقیق و در روش دیمتل قرار گرفت. برای تأیید اعتبار ذی‌نفعان شناسایی شده به چند نفر از متخصصین مرتبط ارائه شده است که پس از اعمال

هم‌چنین به ترتیب سازمان‌های بیمه‌گر (S3)، مراکز بهداشتی، درمانی و خدماتی دولتی و خصوصی (S10)، جهاد کشاورزی (S2)، مصرف‌کننده نهایی (S11) و کارکنان سازمان (S8) کمترین اهمیت و تعامل و ارتباط را با سایر ذی‌نفعان دارند.

بر این اساس ذی‌نفعانی که در بالای محور X قرار دارند، دارای D-R مثبت هستند و جنبه علت دارند و تاثیرگذاری آنها از تاثیرپذیری آنها بیشتر است که در تحقیق حاضر هیات دولت (S16) بیشترین تاثیر را بر سایر ذی‌نفعان دارد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14) در مرتبه دوم قرار دارد. و ذی‌نفعانی که در پایین محور X هستند دارای D-R منفی هستند که در پژوهش جنبه معلول دارند یعنی از تاثیرپذیری بالاتری برخوردارند که با توجه به یافته‌های تحقیق مصرف‌کننده نهایی (S11) بیشترین تاثیرپذیری را از سایر ذی‌نفعان دارد و شرکت‌های تولیدکننده فرآورده‌های سلامت محور (S7) رتبه دوم تاثیرپذیری را دارند. (شکل ۱)

به منظور تعیین روابط بر اساس مقدار حد آستانه ابتدا میانگین ماتریس ارتباط مستقیم و غیرمستقیم را به عنوان حد آستانه محاسبه می‌کنیم که مقدار (۰,۱۳۳) بدست می‌آید. سپس تمامی روابطی که در ماتریس ارتباط کامل مقداری کمتر از این مقدار دارند صفر و مابقی روابط یک می‌شوند که این به معنی در نظر نگرفتن رابطه آن دو متغیر با یکدیگر در نمودار شبکه روابط است. بر اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14) بیشترین ارتباط و تعامل را با سایر ذی‌نفعان و خودش دارد و مصرف‌کننده نهایی (S11) با هیچکدام از ذی‌نفعان ارتباط ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

خطامشی‌گذاری از وظایف نهادهای عمومی است. خطامشی‌ها مکانیزم‌هایی هستند که از طریق آن، دولت‌ها تلاش می‌کنند مسائل جامعه را در حوزه‌های مختلف برطرف کنند و هر سازوکاری که به مطلوبیت و کیفیت آنها کمک کند، حائز اهمیت است. در حوزه

و رتبه‌بندی عوامل رسید. نتایج این مرحله در جدول ۵ قابل مشاهده است. (جدول ۵)  
با توجه به جدول ۵ هر چه مقدار D (جمع مقادیر هر سطر) یک عامل بیشتر باشد یعنی آن ذی‌نفع از اثرگذاری بالایی برخوردار است بر این اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14) تاثیرگذارترین ذی‌نفع است. ذی‌نفعان هیات دولت (S16)، معاونت‌های غذا و داروی کشور (S12)، نهادهای نظارتی (S13)، شرکت‌های تولیدکننده فرآورده‌های سلامت محور (S7)، اصحاب رسانه و روابط عمومی (S1)، وزارت صنعت، معدن و تجارت (S15) به ترتیب اثرگذارترین ذی‌نفعان در خط و مشی‌های سازمان هستند.

هر چه مقدار R یک عامل (جمع مقادیر هر ستون) بیشتر باشد یعنی آن عامل از تاثیرپذیری بالایی برخوردار است بر این اساس مصرف‌کننده نهایی (S11) تاثیرپذیرترین ذی‌نفع است. شرکت‌های تولیدکننده فرآورده‌های سلامت محور (S7)، شرکت‌های بازرگانی (واردکنندگان و صادرکنندگان) (S5) و اصحاب رسانه و روابط عمومی (S1)، به ترتیب تاثیرپذیرترین ذی‌نفعان در خط‌ومشی‌های سازمان هستند. (جدول ۵)

بر اساس مقادیر D+R و D-R جدول ۵ می‌توان نمودار وضعیت ذی‌نفعان را رسم نمود که در شکل ۱ نشان داده شده است. بردار افقی (D+R) نیز نشان دهنده میزان تأثیر و تأثر عامل مورد نظر است. به عبارت دیگر هرچه مقدار (D+R) بیشتر باشد، آن ذی‌نفع اهمیت بیشتری داشته و تعامل بیشتری با سایر ذی‌نفعان دارد. بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14)، شرکت‌های تولیدکننده فرآورده‌های سلامت‌محور (S7)، هیات دولت (S16)، شرکت‌های بازرگانی (واردکنندگان و صادرکنندگان) فرآورده‌های سلامت محور (S5)، اصحاب رسانه و روابط عمومی (S1)، معاونت‌های غذا و داروی کشور (S12) و نهادهای نظارتی (S13) به ترتیب دارای بیشترین ارتباط و تعامل با سایر ذی‌نفعان هستند.

مبتنی بر مطالعه پیشینه پژوهش و بررسی های انجام شده نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه Bernadette و همکاران [۱۶]، Brezovar (۱۵)، مصدق راد [۱۷]، Baldwin (۱۴) و گل دار و همکاران [۱۸] همسو می باشد.

پیشنهاد می گردد که برای ارتقاء فرایند خطامشی گذاری در سازمان غذا و دارو و استفاده بهینه از مهارت و تخصص ذی نفعان مختلف از ایده های کارکنان و خبرگان شاغل در سازمان با دیدگاه های مختلف در تدوین خطامشی ها استفاده شود و زمینه برای مشارکت آنها فراهم شود.

ضروری است فضای تعاملی مناسبی بین ذی نفعان و خطامشی گذاران از یک سو، و مجریان و خطامشی گذاران ایجاد شود. در ضمن با استفاده از رسانه های جمعی در تحلیل و تبیین مسائل، و شناسایی ایده ها و تحلیل اطلاعات می توان از ظرفیت تحلیلی رسانه، آگاهی مصرف کننده نهایی را نسبت مسائل و مشکلات موجود بالا برد و به ارتقای ظرفیت خطامشی گذاری و محتوای خطامشی ها کمک کرد.

و نهایتاً پیشنهاد می شود انجمن های حرفه ای و علمی به شکلی موثرتر فعالیت کنند. و به واسطه ظرفیت دانشی قوی که دارند، تأثیر شگرفی می توانند در تولید دانش و شواهد علمی لازم در تدوین خطامشی ها داشته باشند. همچنین ضروری است نهادها و مؤسسه های مرکب از نمایندگان بیماران به صورت سازمان های مردم نهاد (NGO) به شکلی سامان یابند که در فرایند خطامشی گذاری و در جهت تدوین خطامشی های مطلوب مشارکت و حمایت کنند. همچنین، باید نهادهای مذکور در تعامل با هم فعالیت کنند تا امکان تدوین خطامشی ها مطلوب میسر شود.

در آخر برای پیشنهاد می گردد مشارکت ذی نفعان و نحوه کاربست دیدگاه های آنها در تدوین سند استراتژیک سازمان غذا و دارو در مطالعات آتی مدنظر قرار گیرد.

سلامت نیز خطامشی گذاران در واکنش به مسائل مرتبط با این حوزه، خطامشی های متعددی را تدوین و اجرا می کنند. همانند سایر حوزه ها، در این بخش نیز خطامشی های متعددی می توان یافت که در عمل نتوانسته اند به آنچه که هدف خطامشی گذاران بوده است رسیده و موفق گردند. عوامل متعددی در این زمینه دخیل هستند؛ از زمره مشکلاتی که در این باب جای تأمل است، مشارکت نداشتن ذی نفعان در فرایند خطامشی گذاری است.

از اینرو، در ادبیات خطامشی گذاری، رویکردی مطرح شده است که تلاش می کند نظام خطامشی گذاری را به تدوین خطامشی های علمی و عملی سوق دهد. این رویکرد به مشارکت و درگیرسازی کلیه ذی نفعان در همه مراحل خطامشی گذاری تأکید دارد. تأمین نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت در جامعه همواره با سیاست سازی و خطامشی گذاری نو یا تغییر و اصلاح سیاست های قبلی، با مشارکت و نظرات ذی نفعان تأثیرگذار و تأثیرپذیر موجود و در دسترس بهتر تدوین می شوند [۲۳]. بر این مبنای خطامشی ها باید با مشارکت ذی نفعان تدوین و اجرا گردد تا نتایج بهتری به دست دهند و بی اعتنایی به نظرات آنها ممکن است نتایج فاجعه باری را در اجرای خطامشی ها به همراه داشته باشد.

یافته های پژوهش حاکی از این است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14) بیشترین ارتباط و تعامل را با سایر ذی نفعان و خودش دارد و مصرف کننده نهایی (S11) با هیچ کدام از ذی نفعان ارتباط ندارد. همچنین از لحاظ تأثیرگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (S14) و هیات دولت (S16)، تأثیرگذارترین ذی نفعان هستند و مصرف کننده نهایی (S11) تأثیرپذیرترین ذی نفع و شرکت های تولیدکننده فراورده های سلامت محور (S7) و شرکت های بازرگانی (واردکنندگان و صادرکنندگان) (S5) به ترتیب از تأثیرپذیری بالایی برخوردار هستند.

**تشکر و قدردانی**

نویسندگان از کلیه مدیران و کارکنان ستادی سازمان غذا و دارو که در راه انجام این پژوهش نهایت همکاری و کمک و مساعدت خود را مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. این مقاله حاصل بخشی از رساله مقطع دکترای تخصصی رشته مدیریت دولتی با عنوان

طراحی و تبیین مدل مشارکت ذی‌نفعان در خط مشی گذاری عمومی در سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، با کد ۱۰۱۴۸۰۰۴۵۸۸۹۱۷۱۱۷۵۷۲۵ است.

جدول ۱ - ذی‌نفعان سازمان غذا و دارو

کد	ذی‌نفعان
S1	اصحاب رسانه و مراکز اطلاع رسانی
S2	جهاد کشاورزی
S3	سازمان های بیمه گر
S4	سندیکا و انجمن های تخصصی و صنفی صنایع مرتبط
S5	شرکتهای بازرگانی (واردات و صادرات)
S6	شرکتهای پخش فرآورده های سلامت
S7	شرکتهای تولیدکننده فرآورده های سلامت
S8	کارکنان سازمان
S9	گمرک جمهوری اسلامی ایران
S10	مراکز بهداشت و درمان و خدماتی دولتی و خصوصی
S11	مصرف کنندگان نهایی
S12	معاونت های غذا و داروی دانشگاه های علوم پزشکی کشور
S13	نهادهای نظارتی
S14	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
S15	هیات دولت
S16	وزارت صمت



جدول ۲ - ماتریس تصمیم‌گیری اولیه

S16	S15	S14	S13	S12	S11	S10	S9	S8	S7	S6	S5	S4	S3	S2	S1	
2.71	2.57	2.86	2.14	2.29	3.57	2.29	2.00	1.71	2.43	2.43	2.71	2.14	2.14	2.29	0	S1
2.43	1.67	2.14	1.86	1.43	2.57	0.71	2.00	1.29	2.00	1.00	1.71	1.57	0.86	0	2.00	S2
2.57	1.14	2.00	1.86	1.86	2.57	2.14	1.43	1.00	1.43	1.57	1.29	1.14	0	0.71	1.71	S3
1.57	2.14	2.14	1.86	1.71	2.43	1.00	1.86	2.14	3.14	2.57	3.14	0	1.29	1.71	2.57	S4
1.29	2.43	2.14	2.29	2.29	3.14	1.57	2.71	1.71	3.14	3.00	0	3.14	1.29	1.86	2.14	S5
1.00	2.14	2.14	2.43	2.43	3.43	1.71	2.14	1.57	3.29	0	2.57	2.86	1.14	1.29	2.00	S6
2.00	2.29	2.00	2.57	2.71	3.57	1.71	2.71	2.00	0	3.00	3.29	3.14	1.29	1.71	2.71	S7
1.57	2.14	2.57	2.43	2.57	2.57	2.14	2.43	0	2.57	2.43	2.43	2.00	1.29	0.86	2.14	S8
2.14	3.29	2.43	2.43	2.14	2.57	1.29	0	2.00	3.43	2.00	3.29	2.71	0.71	1.86	1.57	S9
1.43	0.86	2.14	1.86	1.71	3.00	0	1.00	1.71	1.71	1.71	1.29	1.71	1.71	0.86	2.00	S10
0.71	0.57	0.86	1.86	0.57	0	0.71	0.43	0.43	0.57	0.71	0.57	0.57	1.43	0.57	1.71	S11
2.00	2.14	2.57	2.29	0	2.86	2.43	2.43	2.43	3.29	3.29	3.00	2.71	1.71	1.86	2.71	S12
2.71	2.57	3.00	0	2.71	2.00	2.00	2.71	2.43	2.29	2.29	2.57	2.00	2.29	2.14	2.57	S13
3.29	2.86	0	2.14	3.57	3.43	3.57	2.71	3.57	3.71	3.43	3.43	3.57	3.14	2.43	3.43	S14
3.00	0	2.43	2.29	2.00	2.71	1.14	3.00	1.71	3.00	2.43	2.86	2.29	1.57	2.43	2.71	S15
0	3.71	4.00	2.57	2.57	3.00	2.71	3.29	2.43	2.86	2.57	3.14	2.29	2.86	3.43	3.14	S16

جدول ۳: ماتریس اثر اولیه

S16	S15	S14	S13	S12	S11	S10	S9	S8	S7	S6	S5	S4	S3	S2	S1	
0.06	0.05	0.06	0.04	0.05	0.07	0.05	0.04	0.04	0.05	0.05	0.06	0.04	0.04	0.05	0.00	S1
0.05	0.03	0.04	0.04	0.03	0.05	0.01	0.04	0.03	0.04	0.02	0.04	0.03	0.02	0.00	0.04	S2
0.05	0.02	0.04	0.04	0.04	0.05	0.04	0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.02	0.00	0.01	0.04	S3
0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.05	0.02	0.04	0.04	0.07	0.05	0.07	0.00	0.03	0.04	0.05	S4
0.03	0.05	0.04	0.05	0.05	0.07	0.03	0.06	0.04	0.07	0.06	0.00	0.07	0.03	0.04	0.04	S5
0.02	0.04	0.04	0.05	0.05	0.07	0.04	0.04	0.03	0.07	0.00	0.05	0.06	0.02	0.03	0.04	S6
0.04	0.05	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.06	0.04	0.00	0.06	0.07	0.07	0.03	0.04	0.06	S7
0.03	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05	0.04	0.05	0.00	0.05	0.05	0.05	0.04	0.03	0.02	0.04	S8
0.04	0.07	0.05	0.05	0.04	0.05	0.03	0.00	0.04	0.07	0.04	0.07	0.06	0.01	0.04	0.03	S9
0.03	0.02	0.04	0.04	0.04	0.06	0.00	0.02	0.04	0.04	0.04	0.03	0.04	0.04	0.02	0.04	S10
0.01	0.01	0.02	0.04	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.03	0.01	0.04	S11
0.04	0.04	0.05	0.05	0.00	0.06	0.05	0.05	0.05	0.07	0.07	0.06	0.06	0.04	0.04	0.06	S12
0.06	0.05	0.06	0.00	0.06	0.04	0.04	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.04	0.05	0.04	0.05	S13
0.07	0.06	0.00	0.04	0.07	0.07	0.07	0.06	0.07	0.08	0.07	0.07	0.07	0.07	0.05	0.07	S14
0.06	0.00	0.05	0.05	0.04	0.06	0.02	0.06	0.04	0.06	0.05	0.06	0.05	0.03	0.05	0.06	S15
0.00	0.08	0.08	0.05	0.05	0.06	0.06	0.07	0.05	0.06	0.05	0.07	0.05	0.06	0.07	0.07	S16

جدول ۴ - اهمیت و تأثیرگذاری عوامل

S16	S15	S14	S13	S12	S11	S10	S9	S8	S7	S6	S5	S4	S3	S2	S1	
0.15	0.15	0.16	0.14	0.14	0.20	0.13	0.14	0.12	0.17	0.15	0.17	0.15	0.12	0.13	0.11	S1
0.11	0.11	0.12	0.11	0.10	0.15	0.07	0.11	0.09	0.12	0.10	0.12	0.11	0.07	0.06	0.12	S2
0.11	0.09	0.11	0.11	0.11	0.14	0.10	0.10	0.08	0.11	0.10	0.10	0.09	0.05	0.07	0.11	S3
0.11	0.13	0.14	0.13	0.12	0.16	0.09	0.13	0.12	0.17	0.14	0.16	0.09	0.09	0.11	0.15	S4
0.11	0.14	0.14	0.14	0.14	0.19	0.11	0.15	0.12	0.17	0.16	0.11	0.16	0.10	0.11	0.14	S5
0.10	0.13	0.14	0.14	0.14	0.18	0.11	0.13	0.11	0.17	0.09	0.15	0.15	0.09	0.10	0.14	S6
0.13	0.15	0.15	0.15	0.15	0.20	0.12	0.15	0.13	0.12	0.17	0.18	0.17	0.10	0.12	0.16	S7
0.11	0.13	0.15	0.14	0.14	0.17	0.12	0.14	0.08	0.16	0.14	0.15	0.14	0.10	0.09	0.14	S8
0.13	0.16	0.15	0.14	0.14	0.18	0.10	0.10	0.12	0.18	0.14	0.17	0.15	0.09	0.12	0.14	S9
0.09	0.09	0.12	0.11	0.10	0.15	0.06	0.09	0.09	0.11	0.11	0.10	0.11	0.09	0.07	0.11	S10
0.05	0.05	0.06	0.07	0.05	0.05	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.04	0.07	S11
0.14	0.15	0.16	0.15	0.10	0.19	0.13	0.15	0.14	0.19	0.18	0.18	0.16	0.11	0.12	0.17	S12
0.15	0.15	0.17	0.10	0.16	0.18	0.13	0.16	0.14	0.17	0.15	0.17	0.15	0.12	0.13	0.16	S13
0.18	0.19	0.14	0.18	0.20	0.24	0.18	0.19	0.18	0.23	0.21	0.22	0.21	0.16	0.15	0.21	S14
0.15	0.10	0.16	0.15	0.14	0.19	0.11	0.16	0.12	0.18	0.15	0.17	0.15	0.11	0.13	0.16	S15
0.12	0.20	0.21	0.17	0.17	0.22	0.16	0.19	0.15	0.20	0.18	0.20	0.17	0.15	0.17	0.19	S16

D+R

جدول ۵ - نمودار وضعیت ذی‌نفعان

D-R	D+R	R	D	
0.051	4.599	2.274	2.325	S1
-0.032	3.371	1.702	1.669	S2
-0.019	3.216	1.618	1.599	S3
-0.164	4.246	2.205	2.041	S4
-0.218	4.601	2.410	2.191	S5
-0.174	4.299	2.236	2.063	S6
-0.149	4.848	2.499	2.350	S7
0.267	3.929	1.831	2.098	S8
0.096	4.343	2.123	2.220	S9
-0.167	3.352	1.759	1.592	S10
-1.971	3.608	2.789	0.819	S11
0.321	4.532	2.106	2.426	S12
0.245	4.508	2.131	2.376	S13
0.797	5.322	2.263	3.060	S14
0.211	4.430	2.109	2.320	S15
0.906	4.815	1.955	2.860	S16

**Reference:**

- 1- Collins C, Green A, Hunter D. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health policy*, 1999; 47(1): 69-83.
- 2- Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. McGraw-hill education (UK); 2012 May 1.
- 3- Shahri S, Tabibi S J, Nasiripour A A, Ghaffari F. Effect Functions on Goals of Health System in Iran. *Payavard*, 2017; 11(3): 247-258. [In Persian]
- 4- Mays, N., Buse, K., Walt, G., & NetLibrary, I. *Making health policy*, New York: Open University Press; 2013.
- 5- Danaei Fard, H; Hoseini, S.Y; Fani, A. *Public policy making capacity : a clue to development*; 1st edition; Tehran, Saffar publishing co; 2013. [In Persian]
- 6- Daneshfard, K. *The Process of public policy making*, 1st edition, Islamic Azad University publishing co., Science & Research Branch; 2010. [In Persian]
- 7- Loborg M. *Exploring understandings of quality: A study of stakeholder definitions in a university's internal quality assurance system*; 2019.
- 8- Lehtinen J, Aaltonen K, Rajala R. *Stakeholder management in complex product systems: Practices and rationales for engagement and disengagement*. *Industrial marketing management*, 2019 May 1; 79: 58-70.
- 9- Benard, M. K, Raphael, O. N, Dorothy, K. N. *In Search for an Alternative Stakeholder-Participation Model*. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2017; 7: 124-138
- 10- Pedrini M, Ferri LM. *Stakeholder management: a systematic literature review*. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*; 2019 Feb 4.
- 11- Langeveld K, Stronks K, Harting J. *Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation*. *BMC Public Health*, 2016; 16(1): 271.
- 12- Pujiyono B, Kismartini TY, Dwimawanti IH. *Stakeholder Analysis on Tourism Collaborative Governance in Tanjung Lesung Tourism, Pandeglang Regency, Banten Province, Indonesia*.
- 13- Danaei Fard, H; Saghafi, E.; Moshabaki Esfahani, A. *Public Policy Implementation: Explaining the Role of Rationality in Policy Formulation*. *Management Research in Iran*, 2011; 14(4): 79-106. [In Persian]
- 14- Baldwin E, Rountree V, Jock J. *Distributed resources and distributed governance: Stakeholder participation in demand side management governance*. *Energy Research & Social Science*, 2018; 39: 37-45.
- 15- Brezovar, N. *Early Stakeholder Engagement for Better Regulation of the Ngo Sector-Positive Experience from Slovenia*. 2019, paper for the 27th NISPAcee Annual Conference. Available at: [https://www.nispa.org/files/conferences/2019/e-proceedings/system\\_files/papers/stakeholder-engagement-brezovar.pdf](https://www.nispa.org/files/conferences/2019/e-proceedings/system_files/papers/stakeholder-engagement-brezovar.pdf)
- 16- Bernadette B, Moffett S, McAdam R. *Co-creating value through stakeholder engagement and knowledge co-creation in networked NGO services*. *InCo-creating value through stakeholder engagement and knowledge co-creation in networked NGO services* 2019 Mar 18 (pp. 1-10). The 6th EurOMA Sustainable Operations and Supply Chains Forum.
- 17- Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. *Health system governance in Iran: A comparative study*. *RJMS*, 2019; 26(9): 10-28. [In Persian]

- 18- Goldar Z, Amiri M, Golipor R, Moazzami M. Design a conceptual framework for stakeholder engagement in public policy-making The Journal of Auditing knowledge, 2017; 66: 81-105. [In Persian]
- 19- Matsuda R. International Profiles of Health Care Systems: The Japanese Health Care System, the Commonwealth Fund; 2017
- 20- Asgharpour M.J, Multi criteria decision making, fourth ed., Tehran University Press; 2009: 456. [In Persian]
- 21- Alinezhad, A. simiari, K. 'A Hybrid Method for Project Selection by Using DEMATEL/DEA', Industrial Management Studies, 2013; 11(28): 41-60. [In Persian]
- 22- Lee, Hsuan-Shih, Gwo-Hshiung Tzeng, Weichung Yeih, Yu-Jie Wang, Shing-Chih Yang (2013), "Revised DEMATEL: Resolving the Infeasibility of DEMATEL", Applied Mathematical Modelling; 2013: 6746–6757.
- 23- Ebrahimi A, baki hashemi Mm. Applying Interpretive- Structural Modelling to Review Priorities of Health Reform Plan: Evidence-based policy making. Journal of Health Administration, 2019; 22(3): 9-27. [In Persian]