

عارضه‌یابی اجرای خط‌مشی‌های دولتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با رویکرد آنتروپی شانون

حجت وحدتی^{۱*}، راضیه منتظری‌نجف‌آبادی^۲

^۱ دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
^۲ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی-رفتار سازمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* نویسنده مسؤول: حجت وحدتی
vahdati.h@lu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: نظر به اینکه نظام سلامت از حوزه‌های بسیار مهم برای توسعه اجتماعی در همه کشورها به شمار می‌آید، لذا باید توجه ویژه‌ای به سیاست‌گذاری و پایش در این حوزه شود. بنابراین این مطالعه با هدف عارضه‌یابی تحقق اهداف خط‌مشی‌های دولتی با تمرکز بر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران که پایه اصلی ارائه خدمات درمانی می‌باشند، انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها، کیفی (تحلیل مضمون) بوده است. در این مطالعه ابتدا با رویکرد تحلیل مضمون موانع تحقق اهداف خط‌مشی‌ها، شناسایی و طبقه‌بندی گردید، سپس با استفاده از پرسشنامه نظرات خبرگان (۴۵ نفر از مدیران ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی ایران با انتخاب هدفمند) جمع‌آوری و در نهایت با به‌کارگیری تکنیک آنتروپی شانون، موانع مذکور رتبه‌بندی شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد موانع تحقق اهداف خط‌مشی‌های دولتی به ترتیب اهمیت به‌صورت موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران (۰/۳۳۲۰)، ماهیت خط‌مشی (۰/۲۸۱۰)، مجریان خط‌مشی (۰/۱۷۴۰)، عوامل محیطی (۰/۱۳۳۰) و عوامل سازمانی (۰/۰۷۸۰)، رتبه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بیانگر این موضوع است که اهمیت مشتری (گیرندگان خدمات سلامت) به درستی درک نشده است و منافع شخصی و حزبی در خط‌مشی‌گذاری، بر منافع ملی و مشتری اولویت پیدا کرده است.

واژه‌های کلیدی: خط‌مشی‌های دولتی، خط‌مشی‌گذاری، عارضه‌یابی، موانع موفقیت، نظام سلامت

ارجاع: وحدتی حجت، منتظری راضیه. عارضه‌یابی اجرای خط‌مشی‌های دولتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با رویکرد آنتروپی شانون. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۵(۳): ۲۶-۲۰۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲

مقدمه

خط‌مشی‌ها استراتژی‌های عمومی برای عملکرد دولت و حل مشکلات عمومی هستند (۳-۱). مطالعه خط‌مشی به سال ۱۹۶۰ برمی‌گردد که پس از مشاهده شکست بسیاری از خط‌مشی‌ها، به عنوان محرکی فکری در نظر گرفته شد (۴). فرایند خط‌مشی همواره پیچیده بوده (۵،۶) و به صورت یک چرخه، شامل چندین مرحله است. که از طریق چرخه آن بهتر قابل درک است (۹-۷). مدل خط‌مشی‌گذاری در ابتدا توسط هارولد لاسول در سال ۱۹۷۱ طراحی شد (۱۰). یکی از شفاف‌ترین مدل‌های خط‌مشی‌گذاری توسط چارلز جونز ارائه شده است که دارای ۵ مرحله تدوین دستور کار، خط‌مشی‌گذاری، تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی خط‌مشی می‌باشد (۱۱). بدیهی است این مراحل جدا از هم نیستند (۹-۷). صاحب‌نظران خط‌مشی معتقدند که شاید اجرا مهمترین باشد، به نحوی که حتی برخی از آن به عنوان حلقه مفقوده فرایند خط‌مشی نام می‌برند (۱۲). لذا پرداختن به مرحله اجرا خط‌مشی امری ضروری است.

عملکرد اصلی یک سازمان دولتی اجرای خط‌مشی است (۱۳). اجرای خط‌مشی به عنوان انجام یک تصمیم سیاسی قانونی تعریف شده است (۱۴). در گذشته تصویب و اجرای خط‌مشی‌ها موضوعاتی جدا بود، چرا که تصور بر این بود که خط‌مشی‌ها پس از تنظیم و تصویب اجرا می‌شوند. اما با عملی نشدن خط‌مشی‌های تصویب شده در محیط واقعی، مشخص شد که اجرا بدون پشتیبانی خط‌مشی‌گذاران امکان تحقق ندارد (۱۵). مجریان خط‌مشی می‌توانند در تمام مراحل خط‌مشی‌گذاری دخالت داشته باشند، چراکه جدایی اجرا و تدوین خط‌مشی عملی نیست (۱۶). ماینارد مودی تأکید می‌کند که سازمان‌های اداری صرفاً در اجرای خط‌مشی نقش ندارند بلکه می‌توانند منبع مهمی در خط‌مشی‌گذاری نیز باشند (۷، ۱۷). برقراری ارتباط منطقی و مناسب بین تدوین‌کنندگان و مجریان خط‌مشی، یکی از راه‌های توسعه کشورها محسوب می‌شود (۱۸). باید در نظر داشت که اجرای ناقص خط‌مشی‌ها صرفاً به دولت بر نمی‌گردد و بسیاری از مشکلات به مرحله تدوین خط‌مشی بر می‌گردد (۱۹).

با این حال مطالعات نشان داده است خط‌مشی‌های اکثر کشورهای در حال توسعه نتوانسته به طور مؤثر به مشکلات جامعه پاسخ دهد و در دستیابی به اهداف خود ناکام مانده‌اند (۲۰). شکست خط‌مشی یک موضوع مهم و غیرقابل اجتناب

می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد شکست خط‌مشی که به عنوان توقف یا حذف خط‌مشی‌ها تعریف می‌شوند، به میزان نسبتاً شایعی رخ می‌دهد (۲۱). اما این موضوع توجه کمی از محققان را به خود جلب کرده است (۲۲). از آنجاییکه در همه جوامع و زمان‌ها مشکلات و مسائلی وجود دارد که اتخاذ خط‌مشی از سوی دولت را ناگزیر می‌کند؛ بنابراین خط‌مشی‌گذاری به زمان و مکان خاصی محدود نمی‌شود (۲۳). از سوی دیگر خط‌مشی‌گذاری مستلزم صرف زمان و هزینه‌های هنگفتی از سوی دولت و سازمان‌های دولتی است، لذا عدم موفقیت خط‌مشی منجر به تحمیل زیان‌های جبران‌ناپذیری به جامعه خواهد شد (۲۴). از همین‌رو بررسی موانع اجرای خط‌مشی‌ها ضروری به شمار می‌رود درحالیکه پژوهش‌های کمی در این زمینه صورت گرفته است (۲۵).

بخش‌های مختلف یک جامعه نیاز به خط‌مشی دارد. از جمله این بخش‌ها می‌توان به نظام سلامت اشاره کرد. سلامت یکی از نیازهای اساسی در جهت توسعه کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت سیاست‌های سلامت را به عنوان برنامه‌ها، تصمیمات و اقداماتی که برای دستیابی به اهداف مشخص نظام سلامت در یک جامعه اتخاذ می‌شود، تعریف کرده است (۲۶). امروزه اکثر سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی با محیطی آشفته مواجه هستند. از این‌رو این سازمان‌ها برای مقابله با آشفتگی محیط به‌دنبال اتخاذ خط‌مشی‌های کارآمد رفته‌اند (۲۷). نگرانی در مورد مشکلات سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های بهداشتی و کنترل رشد هزینه‌ها موجب شده اکثر کشورها در بخش سلامت دخالت داشته باشند. بنابراین ارزیابی عدم موفقیت سیاست‌های نظام سلامت نیز اهمیت بیشتری پیدا کرده است (۲۸، ۲۹).

نظام سلامت با تقاضاهای زیادی در زمینه تامین مالی و پوشش خدمات بهداشت مواجه است و سیاست‌گذاری در این حوزه تأثیر مهمی بر هزینه‌ها و موفقیت‌ها یا ناکامی‌های نظام سلامت دارد (۳۰). اتخاذ سیاست‌های مؤثر در حوزه بهداشت می‌تواند راهی برای مقابله با چالش موجود در این حوزه باشد. باید توجه داشت که اولویت‌بندی در خط‌مشی‌گذاری عاری از ارزش نیست و گاهی خط‌مشی‌گذاری در حوزه سلامت بی‌طرفانه صورت نمی‌گیرد (۳۱). در چندین دهه اخیر نظام سلامت در

شده مواجه هستند، لذا دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی ایران به‌عنوان یکی از شاخه‌های نظام سلامت در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

روش پژوهش

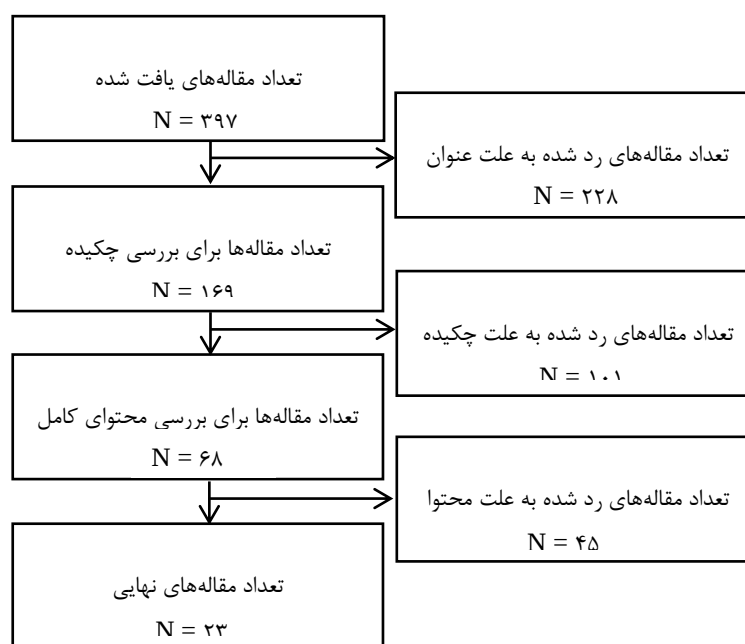
مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها، کیفی (تحلیل مضمون) بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات با توجه به مینا قرار دادن سال ۱۳۹۷ از آمیزه‌ای از روش‌های کتابخانه‌ای، منابع اینترنتی و پرسشنامه استفاده شد. ابتدا با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی (noormags) و استفاده از گوگل اسکولار (Google Scholar) و همچنین پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی PubMed، Scopus و ISI به جست‌وجو در میان مقالات پرداخته شد. البته پایگاه‌های داده، نشریه‌ها و موتورهای جست‌وجوی دیگری نیز به کار گرفته شد، اما محوریت بررسی و مرور منابع، موارد مذکور بوده است. در این جست‌جو از کلیدواژه‌های خط‌مشی‌گذاری (Policy Making)، موانع موفقیت خط‌مشی‌ها (Barriers to Success)، خط‌مشی‌های نظام سلامت (Policies of Health System) و شکست خط‌مشی‌ها (Policy Failure) استفاده شد. به منظور انتخاب مقاله‌های مناسب استراتژی‌های خاصی (معیارهایی) در نظر گرفته شد که شامل موارد ذیل بودند.

- زبان مطالعات فارسی و انگلیسی باشد.
 - زمان انجام مطالعات بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۲۰ یا ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۹ باشد.
 - موضوع مقالات عدم تحقق خط‌مشی‌های دولتی باشد.
 - مطالعات به روش کیفی و یا کیفی-کمی انجام شده باشند.
 - مقالات در نشریات و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر چاپ شده باشند.
- در طی این فرایند، تا حد امکان سعی شد معیارهای تنظیم شده رعایت گردد. در مرحله اول تعداد ۳۹۷ مقاله یافت شد و در نهایت ۲۳ مقاله مورد استفاده قرار گرفت (نمودار ۱).

جمهوری اسلامی ایران شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی گسترده‌ای بوده است. این تحولات دستاوردهایی را به همراه داشته است؛ اما در کنار این دستاوردها ناکارآمدی‌هایی نیز وجود داشته است (۳۲). نظام سلامت ایران نیز همچون دیگر کشورها با چالش‌هایی روبرو بوده است. برای مثال طرح تحول نظام سلامت یکی از اقداماتی است که به طور ویژه برای کاهش هزینه‌های پرداختی درمان از جیب مردم ارائه گردید. همانند سایر طرح‌ها این طرح نیز با مشکلاتی روبرو بوده و به گفته صاحب‌نظران دارای نقاط قوت و ضعف است (۳۳).

هرچند موفقیت و شکست خط‌مشی‌های دولتی موضوع پژوهش دانشمندان قرار گرفته است، اما هنوز تلاش‌های جدی در این زمینه احساس می‌شود. به‌عنوان مثال عباسی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای در بین سازمان‌های دولتی ایران به این نتیجه دست یافتند که مشکلات مربوط به هریک از مراحل خط‌مشی‌گذاری منجر به عدم موفقیت خط‌مشی‌های اتخاذ شده می‌شود (۱۲). همچنین ابوالرأب و فوده (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای بین پرستاران بیمارستان‌های اردن موانع اجرای سیاست‌های حوزه سلامت را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که کمبود زمان و مشارکت پایین پرستاران در پیشبرد سیاست‌های سلامت منجر به شکست و عدم اجرای سیاست‌های نظام سلامت در این کشور شده است (۲۶).

موانع تحقق اهداف خط‌مشی‌های حوزه سلامت کشور کمتر به صورت نظام‌مند مورد بررسی قرار گرفته است. لذا در این مطالعه سعی شد به طور نظام‌مند این مشکلات و موانع مورد بررسی قرار گیرند. بررسی سیاست‌گذاری نظام سلامت که خود از خط‌مشی‌های دولتی مهم در کشور به شمار می‌رود، به دلیل ماهیت خاص تصمیم‌گیری در این نظام و تأثیرات آن بر سلامت عمومی باعث اهمیت پژوهش در این زمینه گردیده است، لذا هدف مطالعه حاضر عارضه‌یابی اجرای خط‌مشی‌های دولتی با تمرکز بر حوزه سلامت بود. از آنجایی که اکثر دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی هستند و از نظر اکثر محققان بخش‌های دولتی بیشتر با عدم موفقیت در رسیدن به اهداف خط‌مشی‌های اتخاذ



نمودار ۱: خلاصه‌ای از فرایند جست‌وجو و انتخاب مقالات

دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی ایران در سال ۱۳۹۷ که توسط وزارت بهداشت صورت گرفته بود، داشتند به عنوان نمونه مد نظر قرار گرفتند. انتخاب نمونه به صورت هدفمند (گلوله برفی) از خبرگان حوزه خط‌مشی شامل خط‌مشی‌گذاران و مجریان خط‌مشی (۲۰ مدیر عالی و ۲۵ مدیر اجرایی) از بین ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی دولتی ایران با رتبه پایین به تعداد ۴۵ نفر، انجام شد. دانشگاه‌های با رتبه پایین ملاک انتخاب واقع شدند چراکه در کسب اهداف خط‌مشی ضعیف عمل کرده بودند. سپس در بخش میدانی در مرحله طراحی پرسشنامه ابتدا با استفاده از مفاهیم استخراج شده در مرحله کدگذاری باز، پرسشنامه طراحی شد؛ به دلیل تجربیات قبلی این احتمال در نظر گرفته شد که تا امکان دارد پرسشنامه خلاصه‌تر باشد بهتر است. بنابراین در طراحی پرسشنامه مضامین فرعی با تعداد ۷۱ مضمون جایگزین مفاهیم شد. هر چند در تنظیم راهنمای تکمیل آن، توضیح کافی در باره مفاهیم تشکیل دهنده هر مضمون فرعی، داده شد. ضمناً در انتهای پرسشنامه یک سؤال باز برای ارائه نظر خبره نیز طراحی شد تا در صورتیکه نظر تکمیلی مد نظر داشتند، ثبت کنند. نحوه پاسخ‌دهی پرسشنامه به این‌صورت بود که هر یک از خبرگان نظر خود را در مورد میزان اهمیت (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم) هر یک از ۷۱ مضمون بیان نمودند.

بعد از جست‌جوی مقالات ابتدا عوامل مؤثر بر عدم اجرای موفقیت‌آمیز خط‌مشی‌ها از ادبیات تحقیق استخراج گردید و این عوامل کدگذاری باز شدند. کدگذاری باز فرآیندی است که در آن داده‌ها به صورت واحدهای معنی‌دار مجزا در می‌آیند و در شروع مطالعه می‌توان از آن استفاده کرد. هدف اصلی کدگذاری باز، مفهوم‌سازی و برچسب زدن به داده‌ها است. در جریان کدگذاری باز، نظریه‌پردازان به خرد کردن، تجزیه و تحلیل، مقایسه، برچسب زدن و مقوله‌سازی داده‌ها می‌پردازند. در این مطالعه کدگذاری از نوع استقرایی بوده است چرا که محقق با رجوع به داده‌های مورد مطالعه، به تدریج آن‌ها را خلاصه کرده تا در نهایت به اصلی‌ترین مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع تحقیق دست پیدا کند. همچنین این کدگذاری به صورت متواری بوده به این دلیل که هر مطالعه به صورت جداگانه مورد بررسی و کدگذاری قرار گرفته است (جدول ۱).

در انتخاب جامعه آماری، به لحاظ اینکه بیشترین خدمات سلامت در ایران توسط مراکز دانشگاهی وابسته به دولت ارائه می‌شود و به لحاظ چارت سازمانی از خط‌مشی‌های دولتی پیروی می‌کنند، بنابراین کل دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی به‌عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه به ترتیب دانشگاه‌هایی که پایین‌ترین رتبه را در رتبه‌بندی

$$W_j = \frac{dj}{\sum_{j=1}^n dj}$$

از تقسیم بار اطلاعاتی هر نشانگر بر مجموع بار اطلاعاتی کل نشانگرهای یک عامل، ضریب اهمیت هر نشانگر به دست آمد. مجموع ضریب اهمیت هر یک از عوامل در صورت درستی محاسبات، برابر ۱ است. در مرحله بعد برای تعیین بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت هر یک از ملاک‌ها، مجموع بار اطلاعاتی نشانگرهای هر ملاک بر تعداد نشانگرهای مربوط به آن ملاک تقسیم و پس از تعیین بار اطلاعاتی همه ملاک‌های یک عامل، از تقسیم میزان بار اطلاعاتی هر یک از ملاک‌ها به کل بار اطلاعاتی ملاک‌های هر عامل، ضریب اهمیت آن‌ها به دست آمد و به همین ترتیب میزان بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت هر یک از عوامل به طور جداگانه محاسبه گردید.

پس از تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری برای هر بعد، داده‌های این ماتریس‌ها بر اساس روش آنتروپی شانون به صورت داده‌های به‌هنگار شده درآمد. پس از آن، بر اساس مرحله دوم این روش، مقدار بار اطلاعاتی داده‌ها به دست آمد و در انتها بر اساس مرحله سوم روش مذکور، ضریب اهمیت اطلاعات به دست آمده نیز تعیین شد تا بدین طریق مشخص شود که به طور کلی بیشترین میزان توجه و اهمیت، به کدام مضمون تعلق دارد. پس از نرمال‌سازی داده‌ها با استفاده از فرمول مرحله دوم روش شانون مقدار بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت هر یک از مضامین به دست می‌آید. که برای هر بعد بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت نشان داده شده است. اطلاعات حاصل از نظرسنجی خبرگان (اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها) با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون (نرم‌افزار Entropy Shannon Solver 2015)، تحلیل و مورد بررسی قرار گرفت.

ضمناً به پاسخ‌دهندگان درباره محرمانگی مشخصات و اطلاعات ارائه شده توسط آن‌ها اطمینان داده شد و انجام این مطالعه با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.286 تایید شد.

یافته‌ها

همانطور که گفته شد، در مسیر اجرای خط‌مشی، عوامل بازدارنده و تنگنای‌های زیادی وجود دارند که شناسایی عمده‌ترین آن‌ها به منظور کارآمد کردن اجرای خط‌مشی امری ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو با بررسی ادبیات پژوهش، موانع تحقق موفقیت‌آمیز خط‌مشی‌ها جمع‌آوری گردید. جدول ۱ براساس

پایایی و روایی پرسشنامه نیز سنجیده شد. برای سنجش روایی، پرسشنامه طراحی شده بین ۲۰ نفر از خبرگان توزیع و نظرات آن‌ها راجع به سؤالات پرسشنامه اخذ شد. سپس با اعمال نظرات خبرگان در دسترس ویرایش اولیه صورت گرفت و پرسشنامه نهایی تهیه گردید. سپس آزمون میانگین از همان ۲۰ پرسشنامه با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت گرفته شد. از آنجاییکه میانگین کل پاسخگویان بیش از ۳ بود، روایی مناسب تشخیص داده شد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و با نرم‌افزار SPSS 16 اندازه‌گیری شد. همه ضرایب به دست آمده بالای ۰/۶ بودند (خط‌مشی‌گذاران (۰/۹۰)، ماهیت خط‌مشی (۰/۷۰)، مجریان خط‌مشی (۰/۶۱)، عوامل محیطی (۰/۶۵)، عوامل سازمانی (۰/۶۷))، لذا سنجش پایا بوده و قابلیت اعتماد و اتکای بالایی داشت. در آخر پرسشنامه نهایی بین خبرگان خط‌مشی (۲۰ مدیر عالی و ۲۵ مدیر اجرایی) توزیع و نظر آن‌ها نسبت به اهمیت عوامل استخراج شده سنجیده شد که از این تعداد، داده‌های ۳۰ پرسشنامه کامل بود و برای تحلیل مناسب تشخیص داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و رتبه‌بندی موانع تحقق اهداف خط‌مشی‌ها، از تکنیک آنتروپی شانون استفاده شد. تکنیک آنتروپی شانون یکی از روش‌هایی است که برای تعیین وزن عناصر مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش آنتروپی شانون در ۳ مرحله انجام می‌گیرد:

در مرحله اول، طبق فرمول زیر، فراوانی‌ها به‌هنگار می‌شوند. به عبارت دیگر در این مرحله از آنتروپی شانون نرمال‌سازی یا بی‌مقیاس کردن جدول تصمیم‌گیری انجام می‌شود.

$$P_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^n a_{ij}}$$

در مرحله دوم، بار اطلاعاتی هر مضمون طبق فرمول زیر محاسبه شد:

$$K = \frac{1}{\ln(m)}, \quad E_j = -K \cdot \sum_{i=1}^m p_{ij} \cdot \ln(p_{ij})$$

در تحقیق حاضر میزان m برابر ۳۰ می‌باشد. لازم به ذکر است از آنجا که مقدار $(\ln 1)$ برابر با صفر است، نشانگرهایی که فراوانی آن‌ها ۱ بود، طبق فرمول، حاصل آن برابر صفر شد و از محاسبات کنار گذاشته شدند. در مرحله آخر میزان ضریب اهمیت هر نشانگر مطابق فرمول زیر محاسبه شد:

تحلیل مضمون استخراج شده است. با استفاده از کدگذاری باز مفاهیم و مضامین فرعی و اصلی استخراج شدند.

جدول ۱: کدگذاری موانع تحقق موفقیت‌آمیز خط‌مشی‌ها بر اساس ادبیات پژوهش

مضامین اصلی	مضامین فرعی	منبع	مفاهیم
خط‌مشی‌گذاران	دخالت دادن تعصبات در خط‌مشی‌گذاری	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)	دخالت تعصبات، دخالت نظرات شخصی
	عدم ارتباط با سایر بخش‌های خط‌مشی‌گذاری	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	اهداف متناقض و چندگانه، عدم آگاهی از روند پیشرفت خط‌مشی اتخاذ شده، ارتباط ضعیف بخش‌های مختلف فرایند خط‌مشی‌گذاری، عدم همکاری بخش‌های مرتبط با خط‌مشی، بازخورد ضعیف
	جزئی‌نگری	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	عدم تعریف برنامه‌ها به صورت کوتاه مدت و عملیاتی (۱۵،۳۴)، توجه صرف به جزئیات (۱۵،۳۵)، در نظر نگرفتن کلیات مساله (۳۴)
	ناکافی بودن تخصص و دانش	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	ناآگاهی، ناتوانی در تشخیص صحیح مسائل (۲۴)، عدم آگاهی در مورد انتقال دانش (۳۵)
	فقدان ضوابط و مقررات مشخص بر خط‌مشی‌گذاری	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	عدم وجود قوانین مشخص، بی‌نظمی در خط‌مشی‌گذاری، فقدان پاسخگویی
	تاکید بر منافع حزبی و گروهی	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	توجه به نفع شخصی (۲۴)، تأکید بر منافع حزبی و گروهی، لابی‌گری در مراحل خط‌مشی‌گذاری، زد و بندهای سیاسی (۱۵،۲۴)
	غلبه بخشی‌نگری بر نگاه ملی و سیاسی کاری	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تدوین خط‌مشی‌ها بدون توجه به منابع ملی-سیاسی کاری، نهادهای خط‌مشی‌گذار، غلبه بخشی‌نگری بر نگاه ملی
	افق زمانی کوتاه مدت	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	افق زمانی کوتاه مدت خط‌مشی‌گذاران (۱۵)
	نگاه ساده‌انگارانه و عدم اهتمام کافی به خط‌مشی‌گذاری	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	قضاوت‌های نادرست، نگاه ساده‌انگارانه نهادهای خط‌مشی‌گذار نسبت به مسائل، اهمیت ندادن به مسائل
	عدم شناخت درست مسائل و مشکلات	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	درک نادرست خط‌مشی‌گذاران از جهت‌گیری اهداف خط‌مشی، درک نادرست خط‌مشی‌گذاران از موانع اجرای خط‌مشی (۱۵،۳۶)، عدم شناخت درست مسائل و مشکلات (۱۵)
	ارائه راهکارهای نادرست	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	خط‌مشی‌گذاری نادرست، ارائه راه حل‌های غلط
	خودرأی بودن خط‌مشی‌گذاران و بی‌توجهی به نظرات سایر بازیگران	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	خودمحوری در خط‌مشی‌گذاری (۲۴)، خودرأیی نهادهای خط‌مشی‌گذار (۳۵)، بی‌توجهی به نظرات سایر بازیگران، خودبرتربینی مسئولین فرایند خط‌مشی‌گذاری (۲۴،۳۵)
	تدوین خط‌مشی‌ها بدون اتکا به پشتوانه نظری و علمی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، پورکیانی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۷)	تدوین خط‌مشی‌ها بدون اتکا به پشتوانه نظری و علمی، نداشتن پشتوانه نظری، عدم بررسی منابع مرتبط پیشینه موضوع
	سطحی‌نگری	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	بی‌توجهی خط‌مشی‌گذاران به آمادگی اجتماعی (۳۵،۱۵)، ساده‌انگاری و پرداختن به جنبه‌های ظاهری قضایا (۱۵)
	استفاده از الگوهای تقلیدی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	خط‌مشی‌گذاری تقلیدی، استفاده از الگوهای تقلیدی، استفاده از منابع دست دوم، عدم اجرای تحقیقات پژوهشی

مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
ماهیت خط‌مشی	(۱۵)	عدم پشتیبانی و ارتباط با مجریان	ماهیت خط‌مشی
	ناآگاهی خط‌مشی‌گذاران از موانع اجرا (۱۵)، عدم شناخت سختی‌ها و تنگناهای اجرا (۳۵، ۱۵)	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	
	ارائه راهکارهای نادرست برای حل مسائل توسط خط‌مشی‌گذاران- تدوین خط‌مشی‌های غیر واقع بینانه و آرمان‌گرایانه	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) تدوین خط‌مشی‌های غیرواقع بینانه و آرمان‌گرایانه	
	هدفگذاری مبهم، هدفگذاری مبهم و غیرواقعی (۱۲، ۱۹، ۱۵، ۳۴)، مبهم بودن خط‌مشی و شفاف نبود هدف آن (۱۲، ۱۵، ۳۴)، هدفگذاری و تعیین و تدوین خط‌مشی مبهم، هدفگذاری مبهم و غیرواقعی (۱۲، ۱۹، ۱۵، ۳۴)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	
	وجود تناقضات در مسائل	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)	
	چارچوب قانونی نامناسب برای خط‌مشی‌گذاری، عدم نظام شفافیت	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)	
	سخت‌گیری در تدوین، در نظر نگرفتن شرایط مؤثر در فرایند خط‌مشی	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)	
	هدف‌گذاری غلط، نادرستی نظریه خط‌مشی، خط‌مشی‌گذاری غیرمرتبط	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	
	تدوین خط‌مشی‌های مبهم و کلی (۳۸، ۳۵)، گسترده بودن مسائل (۳۸)، عدم تعیین کامل و شفاف ویژگی‌های خط‌مشی (۳۸، ۳۵)	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	
	جزئی‌نگری مجریان خط‌مشی (۱۲، ۱۹، ۳۵)، فقدان اراده (۱۲، ۳۵)، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری ضعیف مجریان، انگیزه پایین مجریان (۱۲، ۱۹، ۳۵)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	
مجریان خط‌مشی	فقدان تخصص و مهارت (۳۸، ۳۴، ۱۹، ۱۵، ۱۲)، نداشتن تخصص و دانش لازم (۱۲، ۳۸، ۱۵)، صلاحیت علمی و عمومی مورد نیاز ضعیف کارکنان در اجرای خط‌مشی (۳۴، ۱۵)، تخصص و مهارت پایین مجریان (۳۴، ۱۹، ۱۵، ۱۲)، شایستگی پایین مجریان (۳۸، ۱۹، ۱۵)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	مجریان خط‌مشی
	عدم ارتباط با گروه‌های هدف، عدم شناسایی صحیح گروه‌های هدف	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)	
	بی‌اعتقادی نسبت به اجرای صحیح- عدم التزام عملی مجریان نسبت به اجرای خط‌مشی، عدم تعهد نسبت به اجرای خط‌مشی، کمبود تعهد خط‌مشی‌گذاران نسبت به اجرا	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	
	عدم انسجام و واقع‌گرایی، بروز دوگانگی‌ها، عدم رهبری برداشت نادرست مجریان از خط‌مشی‌ها	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) پورکیانی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۷)	
	فقدان اراده سیاسی	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)	
	انفعال، عدم پویایی و تمایل مجریان به حفظ وضع موجود،	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	

مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
مخالفت با تغییر	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	حفظ وضع موجود	
فقدان شهامت لازم در مجریان برای ایجاد تغییرات، عدم ریسک‌پذیری، ترس از شکست، عدم اعتماد به نفس، ترس از تصمیم‌گیری‌های پیچیده و دشوار	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز	
در تناقض بودن ارزش‌های مجریان و خط‌مشی‌ها	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	هم راستا نبودن ارزش‌ها و هنجارهای مجریان و خط‌مشی‌ها	
فشارهای سیاسی در جهت اجرای خط‌مشی‌ها، لابی‌گری در مرحله اجرا	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)	نفوذ گروه‌های فشار	
سیاسی‌کاری مجریان و در اولویت قرار دادن منافع شخصی و حزبی، انحراف ناشی از اهداف سیاسی و زدوبندهای سیاسی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	سیاسی‌کاری و ترجیح منافع شخصی و حزبی در اجرای خط‌مشی	
وجود نهادهای موازی خط‌مشی‌گذار (۱۵،۳۵)، ناهماهنگی و عدم حاکمیت دیدگاه سیستمی میان نهادهای موازی خط‌مشی‌گذار (۳۵)، تعدد مراکز خط‌مشی‌گذاری (۱۵،۳۵)	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تعدد مراکز خط‌مشی‌گذاری	عوامل سازمانی
ضعف تنقیح در نظام خط‌مشی‌گذاری	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	ضعف تنقیح در نظام خط‌مشی‌گذاری	
نبودن نظام‌های اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد، ضعف سیستم اطلاعاتی	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	نبودن نظام‌های اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد	
تعدد سازمان‌های اجرایی و موازی‌کاری در اجرا	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تعدد سازمان‌های اجرایی و موازی‌کاری در اجرا	
نبود اتاق فکر و مشاوران آگاه به مسایل	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	نبود اتاق فکر و مشاوران آگاه به مسایل	
ضعف خط‌مشی‌پژوهی در هنگام تدوین خط‌مشی	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	ضعف خط‌مشی‌پژوهی در هنگام تدوین خط‌مشی	
بی‌توجهی به ظرفیت و منابع مجریان	حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	بی‌توجهی به ظرفیت و منابع مجریان	
ناهماهنگی میان خط‌مشی‌گذاران و مجریان خط‌مشی (۱۵،۳۵،۳۶)، مدیریت و اداره سطوح مختلف توسط مدیران عالی و به طور کلی ناهماهنگی مدیران عالی و اجرایی (۱۵،۳۴)	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، دانش‌فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	ناهماهنگی بین خط‌مشی‌گذاران و مجریان	
تعارض، بی‌اعتمادی و رقابت ناسالم میان نهادهای موازی خط‌مشی‌گذار، کارکنان تصورشان بر این است که سازمان در اجرای خط‌مشی‌ها ناموفق است	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، دانش‌فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	تعارض، بی‌اعتمادی و رقابت ناسالم در میان نهادهای مجری	
عدم هماهنگی در اجرا، نبود توافق همگانی	مک‌کالن (۲۰۱۶) (۲۴)	ناهماهنگی	
بودجه ضعیف برای اجرای خط‌مشی‌ها (۳۴-۳۶)، محدودیت‌های مالی (۱،۳۴،۳۸)، کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خط‌مشی‌ها (۳۴،۳۸،۳۶)، کمبود پول (۳۴)، موانع مالی (۳۸،۳۵)	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)، فری و باچتر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، دانش‌فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، شریف‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خط‌مشی	
فقدان ساختار اجرایی و تقسیم کار، تمرکز تصمیم‌گیری	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	فقدان تقسیم کار میان مجریان خط‌مشی	
کمبود منابع انسانی متخصص در خط‌مشی‌گذاری، کمبود منابع انسانی متخصص در اجرای خط‌مشی‌ها، کمبود نیروی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، دانش‌فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	کمبود منابع انسانی متخصص	

مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
انسانی			
عدم استقلال سیاسی نهادهای دولتی، نبود استقلال نسبی در ارکان اجرایی	فری و باچتر (۲۰۱۳) (۱)	نبود استقلال نسبی در ارگان‌های اجرایی	
تعریف دقیق شاخص‌های موفقیت، جامعه هدف وجود ندارد، مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها	
ارتباطات، کمبود ارتباطات	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)	کمبود ارتباطات	
نظام ارزیابی عملکرد (۳۵،۱۲)، عملکرد ضعیف نهادهای نظارتی و بی‌تفاوتی نسبت به اجرای خط‌مشی‌ها (۱۲،۳۵)، فقدان سیستم مشخص نظارت بر عملکرد نهادهای خط‌مشی‌گذار (۱۲،۳۵،۳۷)، عدم بازبینی و نظارت (۳۷،۱۲)، نبود نظام ارزیابی عملکرد (۳۷،۳۵،۱۲)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، پورکیانی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۷)	عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد خط‌مشی‌گذاران و مجریان خط مشی	
عدم مطابقت با استانداردهای اخلاقی (۲۴،۳۵،۳۸)، فقدان ضوابط و مقررات مشخص حاکم بر مرحله تدوین خط‌مشی (۲۴،۳۵)، وجود معیارهای متعارض عملی (۳۸،۳۵،۲۴)	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	فقدان ضوابط و مقررات مشخص	
عدم هماهنگی بین سطوح محلی و مرکزی، تضاد در تصمیمات محلی و مرکزی، عدم برگزاری جلسات مشترک با ستاد مرکزی	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)	عدم هماهنگی بین سطوح محلی و مرکزی	
اطلاعات صحیح و به موقع در بین سطوح انتقال نمی‌یابد، دریافت اطلاعات نا به هنگام	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	عدم انتقال صحیح و به موقع اطلاعات بین سطوح مختلف اجرایی	
عدم انعطاف سازمان‌های مجری (۱۲)، قوانین و مقررات زیاد (۳۴،۱۹،۱۲)، سطوح سلسله مراتب زیاد و تاکید بیش از حد بر رویه‌های اداری (۱۹،۲۴) مقررات متناقض با خط‌مشی و خیلی دست و پاگیر، نظام اداری و بوروکراسی (۳۴،۱۹،۱۲)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر	
ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی (۱،۱۲،۳۷،۳۶،۲۴)، عدم وجود ائتلاف پایدار جهت اجرای خط‌مشی (۱،۲۴،۳۶)، کمبود منابع و ظرفیت‌ها (۳۶،۱۰،۱۲،۱۹،۲۴،۳۴-۳۸)، مشکلات ساختاری و نهادهای سیاسی (۱۲،۱۰،۲۴،۳۶)، منابع و ابزارها (۳۸،۳۷،۳۴،۲۴،۱۹،۱۰)، کمبود تجهیزات (۳۸،۳۷،۳۴)، هماهنگی و پشتیبانی سیاسی و اجرایی وجود ندارد (۱۹،۱۰،۲۴،۳۶)، ساختار سازمانی آمادگی لازم برای اجرا را ندارد (۲۴)، فرایندهای سازمانی متناسب با اجرا نیست (۳۷،۲۴،۱۹،۱۰)، ساختار و منابع ناکافی، کمبود منابع و ابزارهای اجرای خط‌مشی‌ها (۳۶،۱۰،۱۲،۱۹،۲۴-۳۸)، فقدان انگیزاننده‌های لازم (۲۴،۳۶،۳۸) وجود دستورهای متعارض (۲۴،۱۲) منابع ناکافی برای اجرا (۳۶،۱۰،۱۲،۱۹،۲۴-۳۸)	کالابا (۲۰۱۶) (۳۶)، مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، فری و باچتر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، پورکیانی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۷)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی	
کنش نظام اداری و جامعه (۳۵،۱۲)، گروه‌های فشار محیط (۳۵،۳۴)، موانع فرهنگی (۳۴،۱۲،۳۵،۳۸)، اعمال نفوذ گروه‌های فشار بر خط‌مشی‌گذاران و مجریان خط‌مشی‌ها (۱۲،۳۵،۳۸)، عدم بیان دقیق خواسته‌ها (۳۵،۱۲)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	عوامل فرهنگی	عوامل محیطی

مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
کنش نظام اداری و سیاسی (۳۸، ۱۲، ۳)، موانع سیاسی، عدم حمایت‌های سیاسی (۱۲، ۱۹، ۳۸)، تغییر قوانین (۱۹، ۱۲)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	عوامل سیاسی	
موانع اقتصادی، عدم حمایت‌های اقتصادی، تغییر قوانین اقتصادی	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	عوامل اقتصادی	
وقوع حوادث و رخداد‌های پیش‌بینی نشده طبیعی و اجتماعی، حوادث غیرمترقبه	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	حوادث غیر مترقبه فیزیکی	
همه‌پندگی و پشتیبانی سیاسی و اجرایی وجود ندارد (۳۴، ۲۴، ۱۹)، عدم پشتیبانی از مجریان خط‌مشی (۳۵، ۲۴، ۱۹)، فقدان عزم ملی و حمایت عمومی (۳۵، ۳۴، ۱۹)، مدیران عالی و اجرایی از خط‌مشی‌ها و اجرای آن‌ها حمایت لازم را ندارند (۱۹، ۳۴)، عدم حمایت‌های اجتماعی (۳۵)، کمبود حمایت‌های محیطی (۳۴)	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	عدم حمایت‌های اجتماع	
عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خط‌مشی‌ها	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خط‌مشی‌ها	
تغییر دیدگاه ایدئولوژیک دولت، عدم ثبات مدیریتی ناشی از تغییرات سیاسی	فری و باچتر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	عدم ثبات مدیریتی ناشی از تغییرات سیاسی	
فقدان حمایت سیاسی و عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به اجرای خط‌مشی‌ها، عدم پشتیبانی سیاسی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	فقدان حمایت سیاسی	
حاکمیت فرهنگ قانون‌گریزی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	حاکمیت فرهنگ قانون‌گریزی	
بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه، هرج و مرج و آشفتگی در جامعه، عدم نظارت مردم	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه	
کمبود زمان	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	کمبود زمان	
موانع عملی و فناورانه، ناسازگاری فناوری، عدم آموزش در خصوص استفاده از فناوری، نبود فناوری‌های مورد نیاز	شریف‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	ناسازگاری فناوری	
عدم توجه به ارزش‌های بنیادین (۱۲، ۱، ۲۴)، زمینه‌های نهادی و حقوقی (۱۹، ۱، ۲۴)، عوامل حقوقی (۱۲، ۱۹، ۳۸)، ارزش‌ها و هنجارهای مجریان هم راستای اجرای خط‌مشی نیست (۳۸، ۱۹، ۱۲)، عدم آشنایی با حقوق شهروندی و شرح خدمات (۱۹، ۱۲، ۱، ۲۴)، موانع حقوقی و قضایی، موانع قانونی و نهادی، تعارض خط‌مشی با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی (۳۸، ۳۴، ۲۴، ۱۹، ۱۲، ۱)	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، فری و باچتر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	تعارض خط‌مشی با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی	

منافع حزبی و گروهی "بیشترین ضریب اهمیت را داشت. دومین عامل مهم، مضمون "خودرأیی خط‌مشی‌گذاران و بی توجهی به نظرات سایر بازیگران" می‌باشد. مضمون "نادرستی نظریه خط‌مشی" بیشترین ضریب اهمیت را برای بعد ماهیت خط‌مشی داشت. دومین عامل مهم، مضمون "عوامل حقوقی و قضایی" بود.

برای هر بعد (مضمون اصلی) بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت در جدول ۳ تا ۵ نشان داده شده است. هر مضمون که دارای بار اطلاعاتی بیشتری بود، از درجه اهمیت بیشتری برخوردار است. در جدول ۲ (بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت برای بعد خط‌مشی‌گذاران و ماهیت خط‌مشی)، مضمون فرعی "تاکید بر

جدول ۲: بارهای اطلاعاتی و وزن‌های مربوط به خط‌مشی‌گذاران و ماهیت خط‌مشی

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E_j	وزن‌ها
خط‌مشی‌گذاران			
۱	تاکید بر منافع حزبی و گروهی	۰/۰۳۴۰	۰/۰۹۲۰
۲	خودرأیی خط‌مشی‌گذاران و بی توجهی به نظرات سایر بازیگران	۰/۰۳۰۰	۰/۰۸۲۰
۳	ناکافی بودن تخصص و دانش	۰/۰۲۸۰	۰/۰۷۷۰
۴	سطحی نگری	۰/۰۲۵۰	۰/۰۷۰۰
۵	دخالت دادن تعصبات در خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۲۵۰	۰/۰۶۹۰
۶	ارائه راهکارهای نادرست	۰/۰۲۵۰	۰/۰۶۹۰
۷	افق زمانی کوتاه مدت	۰/۰۲۲۰	۰/۰۶۰۰
۸	تدوین خط‌مشی‌ها بدون اتکا به پشتوانه نظری و علمی	۰/۰۲۲۰	۰/۰۶۰۰
۹	عدم شناخت درست مسائل و مشکلات	۰/۰۲۱۰	۰/۰۵۹۰
۱۰	جزئی نگری	۰/۰۱۹۰	۰/۰۵۲۰
۱۱	نگاه ساده انگارانه و عدم اهتمام کافی به خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۱۹۰	۰/۰۵۲۰
۱۲	فقدان ضوابط و مقررات مشخص بر خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۱۸۰	۰/۰۵۱۰
۱۳	عدم پشتیبانی و ارتباط با مجریان	۰/۰۱۷۰	۰/۰۴۸۰
۱۴	غلبه بخشی نگری بر نگاه ملی و سیاسی کاری	۰/۰۱۶۰	۰/۰۴۵۰
۱۵	عدم ارتباط با سایر بخش‌های خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۱۴۰	۰/۰۳۹۰
۱۶	تدوین خط‌مشی‌های غیر واقع بینانه و آرمان گرایانه	۰/۰۱۳۰	۰/۰۳۷۰
۱۷	استفاده از الگوهای تقلیدی	۰/۰۱۱۰	۰/۰۳۱۰
ماهیت خط‌مشی			
۱	نادرستی نظریه خط‌مشی	۰/۰۲۴۰	۰/۰۱۶۰۰
۲	عوامل حقوقی و قضایی	۰/۰۲۰۰	۰/۰۱۸۰۰
۳	وجود تناقضات	۰/۰۱۶۰	۰/۰۱۸۰۰
۴	عدم انعطاف	۰/۰۱۶۰	۰/۰۱۸۰۰
۵	گسترده بودن، پیچیده بودن و مبهم بودن مسائل	۰/۰۱۶۰	۰/۰۱۸۰۰
۶	هدفگذاری مبهم و غیرواقعی	۰/۰۱۴۰	۰/۰۱۷۰۰

بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه "بیشترین ضریب اهمیت را برای بعد عوامل محیطی داشته و دومین عامل مهم، مضمون "عوامل فرهنگی" بوده است. در جدول ۴ نیز میزان بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت برای بعد عوامل سازمانی نشان داده شده است. مضمون "وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر" بیشترین ضریب اهمیت را داشت.

در جدول ۳ نیز میزان بار اطلاعاتی و ضریب اهمیت برای بعد مجریان خط‌مشی و عوامل محیطی نشان داده شده است. مضمون "فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز" بیشترین ضریب اهمیت را برای بعد مجریان خط‌مشی دارد. دومین عامل مهم مضمون "سیاسی کاری و ترجیح منافع شخصی و حزبی در اجرای خط‌مشی" می‌باشد. مضمون "

جدول ۳: بارهای اطلاعاتی و وزن‌های مربوط به مجریان و عوامل محیطی

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E_j	وزن‌ها
مجریان خط‌مشی			
۱	فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز	۰/۱۶۳۰	۰/۱۶۳۰
۲	سیاسی کاری و ترجیح منافع شخصی و حزبی در اجرای خط‌مشی	۰/۱۱۱۰	۰/۱۱۱۰
۳	ناکافی بودن تخصص و مهارت	۰/۰۹۶۰	۰/۰۹۶۰
۴	عدم تعهد و اراده نسبت به اجرا	۰/۰۸۶۰	۰/۰۸۶۰
۵	نفوذ گروه‌های فشار	۰/۰۸۴۰	۰/۰۸۴۰
۶	طرز تلقی و برداشت مجریان از خط‌مشی‌ها	۰/۰۸۳۰	۰/۰۸۳۰
۷	انفعال، عدم پویایی و تمایل به حفظ وضع موجود	۰/۰۷۴۰	۰/۰۷۴۰
۸	ناهماهنگی مدیران عالی و اجرایی	۰/۰۶۵۰	۰/۰۶۵۰
۹	فقدان اراده سیاسی	۰/۰۵۸۰	۰/۰۵۸۰
۱۰	هم راستا نبودن ارزش‌ها و هنجارهای مجریان و خط‌مشی‌ها	۰/۰۵۴۰	۰/۰۵۴۰
۱۱	استفاده کنندگان و گروه‌های هدف	۰/۰۳۰۰	۰/۰۳۰۰
۱۲	ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری	۰/۰۲۵۰	۰/۰۸۹۰
عوامل محیطی			
۱	بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه	۰/۰۵۱۰	۰/۱۵۱۰
۲	عوامل فرهنگی	۰/۰۲۹۰	۰/۱۲۵۰
۳	کمبود زمان	۰/۰۲۳۰	۰/۰۹۸۰
۴	حاکمیت فرهنگ قانون‌گریزی	۰/۰۲۲۰	۰/۰۹۴۰
۵	عوامل سیاسی	۰/۰۲۱۰	۰/۰۸۹۰
۶	عدم حمایت‌های اجتماع	۰/۰۲۱۰	۰/۰۸۹۰
۷	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خط‌مشی‌ها	۰/۰۲۰۰	۰/۰۸۸۰
۸	فقدان حمایت سیاسی	۰/۰۱۹۰	۰/۰۸۴۰
۹	عدم ثبات مدیریتی ناشی از تغییرات سیاسی	۰/۰۱۸۰	۰/۰۷۷۰
۱۰	عوامل اقتصادی	۰/۰۱۳۰	۰/۰۵۹۰
۱۱	حوادث غیر مترقبه فیزیکی	۰/۰۱۱۰	۰/۰۴۹۰
۱۲	ناسازگاری فناوری	۰/۰۱۰۰	۰/۰۴۶۱
۱۳	تعارض خط‌مشی با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی	۰/۰۱۰۰	۰/۰۴۶۰

جدول ۴: بارهای اطلاعاتی و وزن‌های مربوط به عوامل سازمانی

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E_j	وزن‌ها
۱	وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر	۰/۰۲۷۰	۰/۰۷۴۵
۲	تعدد سازمان‌های اجرایی و موازی کاری در اجرا	۰/۰۲۱۰	۰/۰۵۸۷
۳	کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خط‌مشی	۰/۰۲۱۰	۰/۰۵۸۱
۴	کمبود منابع انسانی متخصص در اجرا	۰/۰۲۱۰	۰/۰۵۷۸
۵	عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد خط‌مشی‌گذاران و مجریان خط‌مشی	۰/۰۲۱۰	۰/۰۵۸۶
۶	عدم انتقال صحیح و به موقع اطلاعات بین سطوح مختلف اجرایی	۰/۰۲۱۰	۰/۰۳۳۷
۷	تعدد مراکز خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۱۹۰	۰/۰۵۲۶
۸	ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی	۰/۰۱۹۰	۰/۰۵۲۹
۹	نبودن نظام‌های اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد	۰/۰۱۸۰	۰/۰۴۹۷
۱۰	نبودن اتاق فکر و مشاوران آگاه به مسایل	۰/۰۱۸۰	۰/۰۴۹۱
۱۱	نبودن استقلال نسبی در ارگان‌های اجرایی	۰/۰۱۸۰	۰/۰۴۹۷

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E _j	وزن‌ها
۱۲	فقدان ضوابط و مقررات مشخص بر اجرا	۰/۰۱۷۰	۰/۰۴۶۱
۱۳	عدم هماهنگی بین سطوح محلی و مرکزی	۰/۰۱۷۰	۰/۰۴۷۰
۱۴	ضعف تنقیح در نظام خط‌مشی‌گذاری	۰/۰۱۵۰	۰/۰۴۰۹
۱۵	مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها	۰/۰۱۵۰	۰/۰۴۳۲
۱۶	ضعف خط مشی پژوهی در هنگام تدوین خط مشی	۰/۰۱۴۰	۰/۰۳۸۸
۱۷	تعارض، بی‌اعتمادی و رقابت ناسالم در میان نهادهای مجری	۰/۰۱۳۰	۰/۰۳۶۸
۱۸	کمبود ارتباطات	۰/۰۱۳۰	۰/۰۳۵۳
۱۹	بی‌توجهی به ظرفیت و منابع سازمان‌های مجری	۰/۰۱۲۰	۰/۰۳۵۱
۲۰	ناهماهنگی بین خط‌مشی‌گذاران و مجریان	۰/۰۱۱۰	۰/۰۳۱۹
۲۱	ناهماهنگی در اجرا	۰/۰۰۹۰	۰/۰۲۵۶
۲۲	فقدان تقسیم کار میان مجریان خط مشی	۰/۰۰۸۰	۰/۰۲۲۱

خط‌مشی‌گذاری در این حوزه مورد توجه قرار گیرد. بحث سلامت از جایگاه محوری در برنامه توسعه پایدار برخوردار است. سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با سایر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار می‌باشد، لذا دارای حساسیت و ویژگی خاصی می‌باشد (۳۹).

پاسخگویی به نیازهای مردم و ارتقای سطح سلامت، هدف اصلی نظام سلامت است. بر این اساس بود که طرح تحول سلامت مطرح گردید. این طرح با ۳ رویکرد حفاظت مالی از بیماران، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات عنوان شد. اما در پی اجرای این طرح نظام سلامت ایران با چالش افزایش شدید هزینه‌ها مواجه شد. علاوه بر این چالش‌ها و مشکلاتی دیگر نیز در مسیر اجرای این طرح قرار گرفتند که موثر واقع شدن آن را تحت تاثیر قرار دادند. از جمله این مشکلات می‌توان به کمبود بودجه و عدم وجود پایش و نظارت اشاره کرد. نبی‌لو و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای برای ارزیابی طرح تحول نظام سلامت عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه را قبل و بعد از این طرح مقایسه کردند که حاکی از بهبود عملکرد در اثر اجرای این طرح بود. از سوی دیگر برخی محققان شاخص‌های عملکرد را بعد از اجرای این طرح کاهشی دیده بودند (۴۰). با در نظر گرفتن این مسئله که نظام سلامت یکی از مهمترین بخش‌های عمومی کشور و یکی از اثرگذارترین بخش‌ها بر توسعه رفاه اجتماعی در هر کشوری است (۲۵)، لذا باید توجه ویژه‌ای به تصمیم‌ها و سیاست‌گذاری‌های این بخش داشت، از این‌رو

به منظور رتبه‌بندی ابعاد خط‌مشی‌گذاری، ۵ بعد خط‌مشی‌گذاران، ماهیت خط‌مشی، مجریان خط‌مشی، عوامل محیطی و عوامل سازمانی نیز مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اهمیت هر یک از ابعاد مذکور به‌دست آمد (جدول ۵). بعد خط‌مشی‌گذاران بیشترین ضریب اهمیت را از بین سایر ابعاد به خود اختصاص داد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین بعد که مانع از تحقق اهداف خط‌مشی‌ها می‌شود، خط‌مشی‌گذاران است. دومین بعد، ماهیت خط‌مشی می‌باشد.

جدول ۵: بارهای اطلاعاتی و وزن‌های مربوط به ابعاد

ردیف	ابعاد	بارهای اطلاعاتی E _j	وزن‌ها
۱	خط‌مشی‌گذاران	۰/۰۰۸۰	۰/۳۳۲۰
۲	ماهیت خط‌مشی	۰/۰۰۷۰	۰/۲۸۱۰
۳	مجریان خط‌مشی	۰/۰۰۴۰	۰/۱۷۴۰
۴	عوامل محیطی	۰/۰۰۳۰	۰/۱۱۳۰
۵	عوامل سازمانی	۰/۰۰۲۰	۰/۰۷۸۰

بحث

خط‌مشی‌های عمومی جزئی جدایی ناپذیر از برنامه‌های دولت هستند و می‌توان آن را در راستای تلاش دولت برای حاکمیت اثربخش دانست. علی‌رغم اهمیت فزاینده‌ای که خط‌مشی‌های دولتی در حاکمیت اثربخش دولت دارند، اما آنچه در عمل با آن روبرو می‌شویم این است که معمولاً دولت‌ها در تحقق اهداف خط‌مشی با ناکامی مواجه می‌شوند. خط‌مشی‌گذاری ما را به عرصه فعالیت‌های دولتی رهنمون می‌سازد. یکی از این عرصه‌ها نظام سلامت است که به دلیل تاثیر فزاینده‌اش در راستای توسعه پایدار، لازم است

پژوهش در این زمینه امری ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو عارضه‌یابی اجرای سیاست‌های نظام سلامت می‌تواند کمک شایانی به بهبود خط‌مشی‌گذاری در این حوزه نماید.

در مطالعه حاضر طبق نتایج به‌دست آمده مهمترین بعد از بین ۵ بعد شناسایی شده، موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران بیشترین ضریب اهمیت را به خود اختصاص داد و در سطح مضامین فرعی خط‌مشی‌گذاران نیز مهمترین مضمون تاکید بر منافع حزبی و گروهی بود. یکی از عواملی که منجر به حزب‌گرایی و عدم توجه به منافع ملی می‌شود، در نظر گرفتن منافع حامیان خط‌مشی‌گذاران است. برخی سیاستمداران با زدوبندهای سیاسی و کسب حمایت از جانب برخی افراد، خود را وارد عرصه سیاست می‌کنند و به همین دلیل بعد از رسیدن به منصب در پی تامین منافع حامیان خود هستند. در این حالت خط‌مشی از هدف خود که همانا تامین منافع عموم است خارج شده و رنگی منفعت‌طلبانه و شخصی به خود می‌گیرد. برای مثال در نظام سلامت به جای اتخاذ خط‌مشی‌هایی که در خدمت عموم مردم باشد و بهبود وضعیت گیرندگان خدمات سلامت را در پی داشته باشد، سیاست‌هایی اتخاذ می‌شود که به نفع مدیران و پزشکان بوده و منافع آن‌ها را تامین می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به خط‌مشی‌گذاران که مانع از تحقق اهداف خط‌مشی‌ها می‌شود، تاکید بر منافع حزبی و گروهی است. این نتیجه با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد. در مطالعه عباسی و بیگی (۱۳۹۵) بین مسئولین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری نشان داده شد خودرأیی و عدم توجه خط‌مشی‌گذاران به نظرات سایر بازیگران خط‌مشی مهمترین عامل در عدم دسترسی به اهداف خط‌مشی‌ها است (۳۵). مک‌کانل (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود که به بررسی رویکرد سیاست عمومی برای درک ماهیت و علل شکست سیاست‌های خارجی کشورها پرداخت به این نتیجه دست یافت (۲۴). تعداد دیگری از محققان از جمله عباسی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود با جامعه آماری کارکنان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نظام ارزیابی عملکرد، ارتباطات و جزئی‌نگری را مهمترین موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران معرفی کرده‌اند (۱۲).

مضمون نادرستی نظریه خط‌مشی بیشترین اهمیت را در بین مضامین مربوط به بعد ماهیت خط‌مشی به‌دست آورد. زمانیکه مسئله به خوبی مورد مطالعه و بررسی قرار نگیرد،

تشخیص غلط مسئله منجر به تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌شود. تشخیص نادرست اهداف و مقصد راه می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیم و خط‌مشی نادرست و نابه‌جا شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به ماهیت خط‌مشی که مانع از تحقق اهداف خط‌مشی‌ها می‌شود، نادرستی نظریه خط‌مشی است. این نتیجه با پژوهش عباسی و بیگی (۱۳۹۵) متفاوت است (۳۵). اما با نتایج حاصل از تحقیقات مک‌کانل (۲۰۱۶) و همچنین حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) در مصاحبه با ۲۰ نفر از خط‌مشی‌گذاران، مجریان و استادان خط‌مشی در ارتباط با چالش‌های اجرای خط‌مشی‌های عمومی بوده است همخوانی دارد (۱۵، ۲۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد در بعد مجریان خط‌مشی مهمترین مانع در تحقق خط‌مشی‌ها عامل فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز می‌باشد. عدم ریسک‌پذیری مجریان خط‌مشی منجر به این می‌شود که مجریان در اجرای خط‌مشی‌ها از شهامت لازم برخوردار نباشند. گرایش به اخذ تصمیماتی که نیازهای زودرس را برآورده کند و نتایج زود هنگام و سریع را دنبال کند مانع از گرفتن تصمیمات مناسب می‌شود. ترس از تصمیم‌گیری‌های پیچیده و دشوار که نشان از فقدان شهامت مجریان دارد، از عواملی است که مانع از تحقق اهداف خط‌مشی می‌شود. همچنین زمانیکه مجریان خط‌مشی اعتماد به نفس لازم را نداشته باشند، از اجرای درست خط‌مشی‌ها باز می‌مانند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به مجریان خط‌مشی که مانع از تحقق اهداف خط‌مشی‌ها می‌شود، فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز است. برپور (۱۹۷۸) در مطالعه‌ای در بین مدیران چند بیمارستان آمریکا نیز به این نتیجه دست یافتند که عدم دخالت و فقدان شهامت مجریان مهمترین مانع تحقق اهداف خط‌مشی‌های اتخاذ شده است (۱۰). در مطالعه عباسی و بیگی (۱۳۹۵) نیز این نتایج تایید شده است (۳۵).

در بعد عوامل محیطی مضمون بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه بیشترین ضریب اهمیت را به خود اختصاص داد. بی‌نظمی در جامعه منجر به هرج و مرج و آشفتگی می‌شود و سلامت جامعه را با خطر روبه‌رو می‌کند. سرگرم شدن عموم مردم به مسائل غیر ضروری آن‌ها را از نظارت بر سیاست‌های اتخاذ شده دور می‌کند. همچنین فراهم نکردن شرایط آگاهی بخش و فضایی که مردم بتوانند خود را در فرایند خط‌مشی

سلامت را در نظر گرفته و با توجه به اولویت هر یک از عوامل مانع از بروز مشکل در این مسیر شوند. به طور کلی در خصوص بهبود تحقق اهداف خطمشی می‌توان پیشنهاداتی ارائه نمود. خطمشی‌گذاران باید به دور از منافع شخصی و حزبی در جهت تامین منافع ملی و جامعه تلاش و خطمشی‌گذاری کنند. خطمشی‌گذاری از اجرا و دیگر مراحل آن جدا نمی‌باشد بلکه به صورت فرایندی به همدیگر وابسته هستند. لذا در مرحله خطمشی‌گذاری تدوین‌کنندگان خطمشی‌ها باید نظرات مدیران سازمان‌های مجری را نیز مد نظر قرار دهند. از آنجاییکه مجریان خطمشی با منابع و محدودیت‌های واقعی خطمشی‌ها از نزدیک آشنا هستند، می‌توانند در اثربخشی خطمشی‌های تعیین شده نقش بسزایی داشته باشند. از طرف دیگر حمایت‌های مدیران عالی از مجریان و تشویق آن‌ها در جهت اجرای موفق خطمشی‌ها می‌تواند تحقق اهداف خطمشی را تسهیل نماید و تعهد و شهادت مجریان را افزایش دهد. از سوی دیگر مجریان خطمشی باید مهارت و توانایی لازم برای ایجاد تغییرات و اجرای خطمشی‌های محول شده به آنان را داشته باشند و جایی که تشخیص دادند در جهت اجرای خطمشی‌ها دچار اشتباه شده‌اند، اشتباه خود را بپذیرند و بر اشتباه خود اصرار نورزند.

سپاسگزاری

از تمامی مسئولین و اساتید محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران که در راستای اجرای این مطالعه نهایت همکاری را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ح. و. ر. م.

جمع‌آوری داده‌ها: ر. م.

تحلیل داده‌ها: ر. م.

نگارش و اصلاح مقاله: ر. م، ح. و.

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد شماره

۹۷۲۰۲۸۱۰۹۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه لرستان انجام

شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

دخالت دهند می‌تواند منجر به دور شدن خطمشی از اهداف گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به عوامل محیطی که مانع از تحقق اهداف خطمشی‌ها می‌شود، بی‌نظمی و بی‌برنامگی در جامعه است. پژوهش عباسی و بیگی (۱۳۹۵) نیز این نتیجه را به‌دست آورده است (۳۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مضمون وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر مربوط به بعد عوامل سازمانی بیشترین اهمیت را در عدم تحقق خطمشی‌ها دارد. روند بوروکراسی در سازمان‌ها منجر به افزایش رویه‌های اداری و افزایش سطوح سلسله مراتب در سازمان‌ها می‌گردد که این خود منجر به از بین رفتن زمان مورد نیاز برای پیشبرد اهداف مورد نظر می‌شود. عدم انعطاف‌پذیری سازمان‌ها نیز منجر به شکست تصمیمات اتخاذ شده می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به عوامل سازمانی که مانع از تحقق اهداف خطمشی‌ها می‌شود، وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر است. این نتیجه با پژوهش عباسی و بیگی (۱۳۹۵) متفاوت است (۳۵).

در این پژوهش سعی شد نگاهی جامع به موانع تحقق اهداف خطمشی‌های دولتی شود و همزمان به اکثر مولفه‌های موثر در شکست خطمشی‌ها توجه شد. لذا بعد ۵ بعد فرایند خطمشی‌گذاری مورد بررسی قرار گرفت و از لحاظ اهمیت در شکست خطمشی رتبه‌بندی شدند. از آنجاییکه موانع تحقق اهداف خطمشی بسیار هستند، لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابهی در مطالعات متعدد و در جوامع آماری و قلمروهای مکانی دیگری نیز انجام شوند تا قابلیت تعمیم‌پذیری در طیف گسترده‌ای از محیط‌های سازمانی را افزایش دهد. همچنین استفاده از نظرات افراد خبره در این زمینه می‌تواند کمک شایانی در جهت تشخیص هرچه بهتر این موانع کند. کمبود مطالعات پیشین در خصوص عدم موفقیت دسترسی به اهداف خطمشی‌ها خصوصاً در زمینه سلامت را می‌توان از جمله محدودیت‌های این مطالعه عنوان کرد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بازگران خطمشی‌گذاری حوزه سلامت اعم از خطمشی‌گذاران تا مجریان کمک می‌نماید تا شکاف‌ها و خطرهای موجود بر سر تحقق اهداف خطمشی‌های نظام



References

- 1) Ferry M, Bachtler J. Reassessing the concept of policy termination: the case of regional policy in England. *Policy Studies* 2013; 34(3): 255-73. doi: 10.1080/01442872.2013.768389.
- 2) Lovell H. Policy failure mobilities. *Progress in Human Geography* 2019; 43(1): 46-63. doi: 10.1177/0309132517734074.
- 3) Kay A, Boxall AM. Success and failure in public policy: twin imposters or avenues for reform? selected evidence from 40 years of health-care reform in Australia. *Australian Journal of Public Administration* 2015; 74(1): 33-41. doi: 10.1111/1467-8500.12135.
- 4) Fassier JB. The law, the researcher, and occupational health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2016; 42(1): 1-2. doi:10.5271/sjweh.3543.
- 5) Ellison BS, Aloe AM, Iqtadar S. Policy field and policy discourse: the American federation for children network. *Education Policy Analysis Archives* 2019; 6: 27-48. doi:10.14507/epaa.27.4242.
- 6) Hill KQ, Matsubayashi T. Civic engagement and mass-elite policy agenda agreement in American communities. *American Political Science Review* 2005; 99(2): 215-24. doi: 10.1017/S0003055405051610.
- 7) Hudson B, Hunter D, Peckham S. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help?. *Policy Design and Practice* 2019; 2(1): 1-4. doi: 10.1080/25741292.2018.1540378.
- 8) Lindqvist K. Dilemmas and paradoxes of regional cultural policy implementation: governance modes, discretion, and policy outcome. *Administration & Society* 2019; 51(1): 63-90. doi: 10.1177/0095399715621944.
- 9) Carey G, Dickinson H, Olney S. What can feminist theory offer policy implementation challenges?. *Evidence & Policy* 2019; 15(1): 143-59. doi: 10.1332/174426417X14881935664929.
- 10) Brewer GD. Termination: hard choices-harder questions. *Public Administration Review* 1978; 38(4): 338-44. doi: 10.2307/975816.
- 11) Veglia A, Pahwa M, Demers PA. Establishing a policy framework for the primary prevention of occupational cancer: a proposal based on a prospective health policy analysis. *Safety and Health at Work* 2017; 8(1): 29-35. doi: 10.1016/j.shaw.2016.07.001.
- 12) Abasi A, Moetazedian R, Mirzaei M. Investigating barriers to the implementation of public policies in government agencies. *Organizational Resource Management Research* 2016; 6(2): 69-49. [Persian]
- 13) Compton ME, Hart PT. Looping to success (and failure): second-order mechanisms and policy outcomes. *Making Policies Work* 2019; 23: 210-191. doi: 10.4337/9781788118194.00021.
- 14) Exadaktylos T, Zahariadis N. Quid pro quo: political trust and policy implementation in Greece during the age of austerity. *Politics & Policy* 2014; 42(1): 160-83. doi: 10.1111/polp.12058.
- 15) Hajipour E, Forozande LA, Danaeifard H, Fani A. Designing a pathology model of public policy implementation in Iran. *Military Management Quarterly* 2015; 58(15): 1-23. [Persian]
- 16) Hope KR. Development in the third world: from policy failure to policy reform. *Routledge* 2016; 224. doi: 10.4324/9781315285498.
- 17) Elmore RF. Backward mapping: implementation research and policy decisions. *Political Science Quarterly* 1979; 94(4): 601-16. doi: 10.2307/2149628.
- 18) Zhu Y. Target groups' views and policy implementation: lessons from Guiyang's housing monetarization reform. *Politics & Policy* 2010; 38(4): 817-41. doi: 10.1111/j.1747-1346.2010.00259.x.
- 19) Moghadaspour S, Danaeifard H, Kordnaeich A. Examining key factors in the failure of some public policy in the I.R.Iran: a study of tax policies in the country. *Organizational Culture Management* 2012; 11(1): 33-68. [Persian]
- 20) Hamadani JD, Mehrin SF, Tofail F, Baker-Henningham H. Integrating an early childhood development programme into Bangladeshi primary health-care services: an open-label, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health* 2019; 7(3): 366-75. doi:10.1016/S2214-109X(18)30535-7.
- 21) Fitzgerald C, O'malley E, Broin DÓ. Policy success/policy failure: a framework for understanding policy choices. *Administration* 2019; 67(2): 1-24. doi: 10.2478/admin-2019-0011
- 22) Hope KR. Development in the third world: from policy failure to policy reform. *Routledge* 2016; 16: 224. doi: 10.4324/9781315285498.
- 23) Vince J. Integrated policy approaches and policy failure: the case of Australia's Oceans policy. *Policy Sciences* 2015; 48(2): 159-80. doi: 10.1007/s11077-015-9215-z.
- 24) McConnell A. A public policy approach to understanding the nature and causes of foreign policy failure. *Journal of European Public Policy* 2016; 23(5): 667-84. doi: 10.1080/13501763.2015.1127278.
- 25) Gunstone A. Reconciliation and Australian indigenous health in the 1990s: a failure of public policy. *Journal of Bioethical Inquiry* 2008; 5(4): 251-63. doi: 10.1007/s11673-008-9115-4.
- 26) Abualrub RF, Foudeh FN. Jordanian nurses' involvement in health policy: perceived benefits and barriers. *International Nursing Review* 2017; 64(1): 13-21. doi: 10.1111/inr.12249.
- 27) Kiernan F. Public policy failure in healthcare: the effect of salary reduction for new entrant consultants

- on recruitment in public hospitals. *Administration* 2019; 67(2): 95-112. doi: 10.2478/admin-2019-0015.
- 27) Kay A, Boxall AM. Success and failure in public policy: twin imposters or avenues for reform? selected evidence from 40 years of health-care reform in Australia. *Australian Journal of Public Administration* 2015; 74(1): 33-41. doi: 10.1111/1467-8500.12135.
- 28) Dimick JB, Ryan AM. Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *JAMA* 2014; 312(22): 2401-2. doi: 10.1001/jama.2014.16153.
- 29) Barrera CR, Negrón CP, Barriá RM, Méndez CA. Rights and duties policy implementation in Chile: health-care professionals' perceptions. *Health Expectations* 2016; 19(5): 1062-70. doi: 10.1111/hex.12396.
- 30) Benach J, Muntaner C, Benavides FG, Amable M, Jodar P. A new occupational health agenda for a new work environment. *Journal of Work, Environment & Health* 2002; 28(3): 191-96. doi: 10.5271/sjweh.664.
- 31) Ebrahimi A, Danaeifard H, Azar A, Forozande LA. Designing evidence-based policy making in Iranian health system (qualitative research). *Public Management Research* 2014; 7(24): 5-24. [Persian]
- 32) Grace FC, Meurk CS, Head BW, Hall WD, Harris MG, Whiteford HA. An analysis of policy success and failure in formal evaluations of Australia's national mental health strategy (1992-2012). *BMC Health Services Research* 2017; 17(1): 374. doi.org/10.1186/s12913-017-2309-x.
- 33) Daneshfard KA. Obstacles to the implementation of public policies in non-governmental organizations (police services department + 10 and government counter service offices). *RMP JMD* 2014; 2(2): 23-49. [Persian]
- 34) Abasi T, Beygi V. Explaining the challenges of implementing public policy in the field of science, research and technology. *Journal of Science and Technology Policy* 2016; 3(8): 1-12. [Persian]
- 35) Kalaba FK. Barriers to policy implementation and implications for Zambia's forest ecosystems. *Forest Policy and Economics* 2016; 69: 40-4. doi: 10.1016/j.forpol.2016.04.004.
- 36) Pourkiyani M, Selajghe S, Zaerpournasirabadi FA. Explain barriers to policy implementation using centralized group discussion (case study: civil service management law). *Public Organizations Management* 2014; 3(9): 7-22. [Persian]
- 37) Sharifzade F, Alvani SM, Rezaeimanesh B, Mokhtariyanpour M. Obstacles to the implementation of the country's cultural policies during the first to fourth programs development: a study of the experiences of cultural directors. *Strategic Management Thought* 2013; 13(1): 33-77. [Persian]
- 38) Doshmangir L, Ravaghi H. Theories and models of policymaking for doing health policy analysis. *Hakim Health Sys Res* 2015; 18(1): 68- 82. [Persian]
- 39) Nabilou B, SalemSafi P, Yusefzadeh H. Performance assessment of health system reform plan in the hospitals affiliated with Urmia University of medical sciences. *Nursing and Midwifery Journal* 2017; 14(11): 1-10. [Persian]

Research Article

Diagnosis of Government Policy Implementation in Iranian Universities of Medical Sciences by Shannon Entropy Approach

Hojat Vahdati ^{1*}, Razieh Montazerinajafabadi ²¹ Associate Professor, Department of Business Administration, School of Management and Economic, Lorestan University, Khorramabad, Iran² Ph.D. student of Public Administration-Organizational Behavior, School of Management and Economic, Lorestan University, Khorramabad, Iran

* Corresponding Author: Hojat Vahdati
vahdati.h@lu.ac.ir

ABSTRACT

Citation: Vahdati H, Montazerinajafabadi R. Diagnosis of Government Policy Implementation in Iranian Universities of Medical Sciences by Shannon Entropy Approach. *Manage Strat Health Syst* 2020; 5(3): 209-26.

Received: August 03, 2020
Revised: November 04, 2020
Accepted: December 12, 2020

Funding: This study has been supported by Lorestan University (NO: 9720281098).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: Given that the health system is one of the most important areas for social development in all countries, special attention should be paid to policy making and monitoring in this area. This research aimed to diagnose achievement goals of government policies focusing on government medical universities in Iran, which are the mainstay of providing health care.

Methods: The present study is practical in terms of purpose and qualitative (content analysis) in terms of data collection. The barriers of achieving policy goals were reviewed and classified by reviewing the literature through content analysis. Later, the ideas of experts (45 senior managers of Iranian government medical sciences universities selected based on the study goals) were collected using a questionnaire. As a result, the barriers were determined and ranked by Shannon entropy technique.

Results: The findings showed that the identified barriers in achieving government policy goals were related to policy makers (0/3320), policy nature (0/2810), policy implementers (0/1740), environmental (0/1330), and organizational factors (0/0780), respectively.

Conclusion: Based on the findings, the importance of client (recipients of health services) is not properly understood. In other words, personal and partisan interests take precedence over national and client interests in policy-making.

Key words: Government policies, Policy making, Organizational diagnosis, Barriers to success, Health system