

مقاله پژوهشی

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 عرضه‌یابی 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)، رتبه بندی 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، عرضه‌یابی، موانع موقتی، نظام سلامت

ارجاع: وحدتی حجت، منتظری نجف‌آبادی راضیه. عرضه‌یابی اجرای خط‌مشی‌های دولتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با رویکرد آنتروپی شانون. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۳۹۹: ۲۶-۳۵.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲

مقدمه

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 مراقبت‌هایی بهداشتی با محیطی آشفته مواجه هستند. از این‌رو این سازمان‌ها برای مقابله با آشفتگی محیط بهدنیال 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 (۲۹، ۲۸).

نظام سلامت با تقاضاهای زیادی در زمینه تامین مالی و پوشش خدمات بهداشت مواجه است و سیاست‌گذاری در این حوزه تاثیر مهمی بر هزینه‌ها و موفقیت‌ها یا ناکامی‌های نظام سلامت دارد (۳۰). اتخاذ سیاست‌های موثر 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

خط‌مشی‌ها استراتژی‌های عمومی برای عملکرد دولت و حل مشکلات عمومی هستند (۱-۳). مطالعه خط‌مشی به سال ۱۹۶۰ برمی‌گردد که پس از مشاهده شکست بسیاری از خط‌مشی‌ها، به عنوان محركی 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 (۷-۹). مدل خط‌مشی‌گذاری در ابتدا توسط هارولد لاسول در سال ۱۹۷۱ طراحی شد (۱۰). یکی از شفاف‌ترین مدل‌های خط‌مشی‌گذاری توسعه 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 (۷-۹). صاحب‌نظران خط‌مشی معتقدند که شاید اجرا مفهوده 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 تاکید می‌کند که سازمان‌های اداری صرفاً در اجرای خط‌مشی نقش ندارند بلکه می‌توانند منبع مهمی در خط‌مشی‌گذاری نیز باشند (۱۷، ۱۸). 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



شده مواجه هستند، لذا دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی ایران به عنوان 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 مبنای قرار دادن سال ۱۳۹۷ از آمیزه‌های از روش‌های کتابخانه‌ای، منابع اینترنتی و پرسشنامه استفاده شد. ابتدا با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی (Google Scholar) و استفاده از گوگل اسکولار (noormags) و همچنین پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی Med Scopus ، PubMed ، ISI و همچنین پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی (Policy Making)، موانع موفقیت خطمشی‌ها (Barriers to Success) و شکست خطمشی‌ها (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 ۱۳۹۹ تا ۱۳۹۷ باشد.

- موضوع مقالات عدم تحقق خطمشی‌های دولتی باشد.

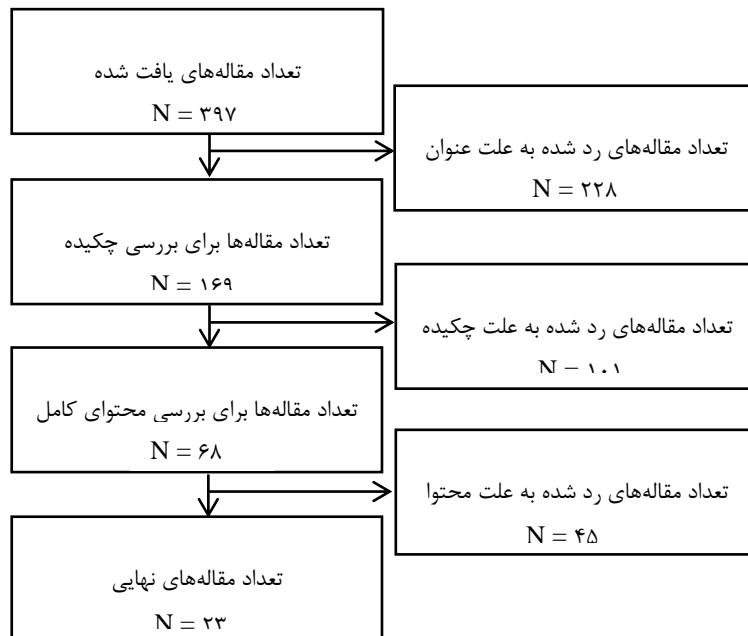
- مطالعات به روش کیفی و یا کیفی-کمی انجام شده باشند.
- مقالات در نشریات و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر چاپ شده باشند.

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 تعییرات 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. به عنوان مثال عباسی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای در بین سازمان‌های دولتی ایران به این نتیجه دست یافته‌اند که مشکلات مربوط به هر یک از مراحل خطمشی‌گذاری منجر به عدم موفقیت خطمشی‌های اتخاذ شده می‌شود (۱۲). همچنین ابوالراب و فوده (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای بین پرستاران بیمارستان‌های اردن موانع اجرای سیاست‌های حوزه سلامت را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها به این نتیجه دست یافته‌اند 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 تاثیرات 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 جستجو 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 این صورت 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 جدگانه 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 دولت پیروی می‌کنند، بنابراین کل دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه به ترتیب دانشگاه‌هایی که پایین ترین رتبه را در رتبه‌بندی



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

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 مضمونین 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 محترمانگی 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 تنگناهای زیادی وجود دارند که شناسایی عمدت‌ترین 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 سوالات 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 الگای کرونباخ و با نرم‌افزار SPSS اندازه‌گیری شد. همه ضرایب به دست آمده بالای ۰/۶ بودند (خط‌مشی گذاران (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 اتكای بالایی داشت. در آخر پرسشنامه نهایی بین خبرگان خط‌مشی (۰/۶۴ مدیر عالی و ۰/۶۴ 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.

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

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

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

در تحقیق حاضر میزان m برابر ۳۰ می‌باشد. لازم به ذکر است از آنجا که مقدار (Ln1) 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 مضماین فرعی و اصلی استخراج شدند.

جدول ۱: کدگذاری موانع تحقق موفقیت آمیز خط مشی ها بر اساس ادبیات پژوهش

مفهوم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
دخلالت تعصبات، دخلالت نظرات شخصی	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)	دخلالت دادن تعصبات در خط مشی گذاران	خط مشی گذاری
اهداف متناقض و چندگانه، عدم آگاهی از روند پیشرفت خط مشی اتخاذ شده، ارتباط ضعیف بخش های مختلف فرایند خط مشی گذاری، عدم همکاری بخش های مرتبط با خط مشی، بازخورد ضعیف	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	عدم ارتباط با سایر بخش های خط مشی گذاری	
عدم تعریف برنامه ها به صورت کوتاه مدت و عملیاتی (۱۵,۳۴)، توجه صرف به جزئیات (۱۵,۳۵)، در نظر نگرفتن کلیات مساله (۳۴)	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	جزئی نگری	
ناآگاهی، ناتوانی در تشخیص صحیح مسائل (۲۴)، عدم آگاهی در مورد انتقال دانش (۳۵)	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	ناکافی بودن تخصص و دانش	
عدم وجود قوانین مشخص، بی نظمی در خط مشی گذاری، فقدان پاسخگویی	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	فقدان ضوابط و مقررات مشخص بر خط مشی گذاری	
توجه به نفع شخصی (۲۴)، تأکید بر منافع حزبی و گروهی، لابی گری در مراحل خط مشی گذاری، زد و بند های سیاسی (۱۵,۲۴)	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تأکید بر منافع حزبی و گروهی، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	
تدوین خط مشی ها بدون توجه به منابع ملی- سیاست کاری نهادهای خط مشی گذار، غلبه بخشی نگری بر نگاه ملی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، سیاستی کاری (۱۳۹۴) (۱۵)	غله بخشی نگری بر نگاه ملی و سیاستی کاری	
افق زمانی کوتاه مدت خط مشی گذاران (۱۵)	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	افق زمانی کوتاه مدت	
قضاوتهای نادرست، نگاه ساده انگارانه نهادهای خط مشی گذار نسبت به مسائل، اهمیت ندادن به مسائل درک نادرست خط مشی گذاران از جهت گیری اهداف خط مشی، درک نادرست خط مشی گذاران از موانع اجرای خط مشی (۱۵,۳۶)	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	نگاه ساده انگارانه و عدم اهتمام کافی به خط مشی گذاری	
خط مشی گذاری نادرست، ارائه راه حل های غلط خودمحوری در خط مشی گذاری (۲۴)، خودرأی نهادهای خط مشی گذار (۳۵)، بی توجهی به نظرات سایر بازیگران، خودبرتر بینی مستولی فرایند خط مشی گذاری (۲۴,۳۵)	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	ارائه راهکارهای نادرست	
تدوین خط مشی ها بدون اتکا به پشتونه نظری و علمی، نداشتن پشتونه نظری، عدم بررسی منابع مرتبط پیشینه موضوع	مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	خودرأی بودن خط مشی گذاران و بی توجهی به نظرات سایر بازیگران	
بسیاری از گووهای تقليدي	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، سطحی نگری	تدوین خط مشی ها بدون اتکا به پشتونه نظری و علمی	
استفاده از الگوهای تقليدي	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	بسیاری از گووهای تقليدي	
از منابع دست دوم، عدم اجرای تحقیقات پژوهشی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	استفاده از الگوهای تقليدي	



مضامین اصلی

مضامین فرعی

منبع

مفاهیم

(۱۵)

ناآگاهی خطمشی‌گذاران از موانع اجرا (۱۵)، عدم شناخت حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴)، عدم پشتیبانی و ارتباط با مجریان (۱۵)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵،۱۵)

(۳۵)

ارائه راهکارهای نادرست برای حل مسائل توسط عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) تدوین خطمشی‌های غیرواقع بینانه و آرمان گرایانه خطمشی‌گذاران - تدوین خط مشی‌های غیر واقع بینانه و آرمان گرایانه

ماهیت خطمشی

هدفگذاری مبهم و غیرواقعی

عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)

هدفگذاری مبهم، هدفگذاری مبهم و غیرواقعی (۱۲،۱۹،۱۵،۳۴)، مبهم بودن خط مشی و شفاف نبود هدف آن (۱۲،۱۵،۳۴)، هدفگذاری و تعیین و تدوین خط مشی مبهم، هدفگذاری مبهم و غیرواقعی (۱۲،۱۹،۱۵،۳۴)

وجود تنافضات

کالا (۲۰۱۶) (۳۶)

وجود تنافضات در مسائل

عوامل حقوقی و قضایی

کالا (۲۰۱۶) (۳۶)

چارچوب قانونی نامناسب برای خطمشی‌گذاری، عدم نظام

شفافیت

عدم انعطاف

مک کانل (۲۰۱۶) (۲۴)

سخت گیری در تدوین، در نظر نگرفتن شرایط مؤثر در فرایند

خطمشی

هدفگذاری غلط، نادرستی نظریه خطمشی، خطمشی‌گذاری غیرمرتب (۱۵)، نادرستی نظریه خطمشی (۲۰۱۶) (۲۴)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴)

(۱۵)

تدوین خطمشی‌های مبهم و کلی (۳۸،۳۵)، گستردگی بودن مسائل (۳۸)، عدم تعیین کامل و شفاف ویژگی‌های خط مشی (۳۸،۳۵)

مجریان خطمشی

ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری

عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۱۵)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)

جزئی نگری مجریان خطمشی (۱۲،۱۹،۳۵)، فقدان اراده (۱۲،۳۵)، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری ضعیف مجریان، انگیزه پایین مجریان (۱۲،۱۹،۳۵)

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)

(۳۸)

هدف

عدم ارتباط با گروه‌های هدف، عدم شناسایی صحیح گروه‌های هدف

بی اعتقادی نسبت به اجرای صحیح- عدم التزام عملی مجریان نسبت به اجرای خطمشی، عدم تعهد نسبت به اجرای خطمشی، کمبود تعهد خطمشی‌گذاران نسبت به اجرا

عدم انسجام و واقع‌گرایی، بروز دوگانگی‌ها، عدم رهبری برداشت نادرست مجریان از خطمشی‌ها

فقدان اراده سیاسی

انفعال، عدم پویایی و تمايل مجریان به حفظ وضع موجود، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)

مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
مخالفت با تغییر قدان شهامت لازم در مجریان برای ایجاد تغییرات، عدم ریسک پذیری، ترس از شکست، عدم اعتماد به نفس، ترس از تصمیم‌گیری‌های پیچیده و دشوار	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	حفظ وضع موجود قدان شهامت لازم برای تغییرات موردنیاز	
در تنافض بودن ارزش‌های مجریان و خطمشی‌ها فشارهای سیاسی در جهت اجرای خطمشی‌ها، لای‌گری در مرحله اجرا	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) کالا (۲۰۱۶) (۳۶)	هم راستا نبودن ارزش‌ها و هنجرهای مجریان و خطمشی‌ها نفوذ‌گروههای فشار	
سیاسی کاری مجریان و در اولویت قرار دادن منافع شخصی و حزبی، انحراف ناشی از اهداف سیاسی و زدوبندی‌های سیاسی	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	سیاسی کاری و ترجیح منافع شخصی و حزبی در اجرای خط مشی	
وجود نهادهای موازی خطمشی‌گذار (۱۵، ۳۵)، ناهمانگی و عدم حاکمیت دیدگاه سیستمی میان نهادهای موازی خطمشی‌گذار (۳۵)، تعدد مراکز خطمشی‌گذاری (۱۵، ۳۵)	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تعدد مراکز خطمشی‌گذاری	عوامل سازمانی
ضعف تدقیق در نظام خطمشی‌گذاری	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	ضعف تدقیق در نظام خطمشی‌گذاری	
نبودن نظامهای اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد، ضعف سیستم اطلاعاتی	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	نبودن نظامهای اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد	
تعدد سازمان‌های اجرایی و موازی کاری در اجرا	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	تعدد سازمان‌های اجرایی و موازی	
نبود اتفاق فکر و مشاوران آگاه به مسائل	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	نبود اتفاق فکر و مشاوران آگاه به مسائل	
ضعف خطمشی پژوهی در هنگام تدوین خطمشی	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	ضعف خطمشی پژوهی در هنگام تدوین خطمشی	
بی‌توجهی به ظرفیت و منابع مجریان	حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)	بی‌توجهی به ظرفیت و منابع	
ناهمانگی میان خطمشی‌گذاران و مجریان خطمشی (۱۵، ۳۵، ۳۶)، مدیریت و اداره سطوح مختلف توسط مدیران عالی و به طور کلی ناهمانگی مدیران عالی و اجرایی (۱۵، ۳۴)	کالا (۲۰۱۶) (۳۶)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، حاجی پور و همکاران (۱۳۹۴) (۱۵)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	ناهمانگی بین خطمشی‌گذاران و سازمان‌های مجری	
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) دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	تعارض، بی‌اعتمادی و رقابت ناسالم در میان نهادهای مجری	
عدم همانگی در اجرا، نبود توافق همگانی	مک‌کالن (۲۰۱۶) (۲۴)	نهماهنگی	
بودجه ضعیف برای اجرای خطمشی‌ها (۳۴-۳۶)، محدودیت‌های مالی (۱، ۳۴، ۳۸)، کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خطمشی‌ها (۳۴، ۳۸، ۳۶)، کمبود بول (۳۴)، مواعظ مالی (۳۸، ۳۵)	کالا (۲۰۱۶) (۳۶)، فری و باچتلر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، شریف‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خطمشی	
قدان ساختار اجرایی و تقسیم کار، تمرکز تصمیم‌گیری	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	قدان تقسیم کار میان مجریان خطمشی	
کمبود منابع انسانی متخصص در خطمشی‌گذاری، کمبود منابع انسانی متخصص	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	کمبود منابع انسانی متخصص در اجرای خطمشی‌ها، کمبود نیروی انسانی متخصص	



مفاهیم	منبع	مضامین فرعی	مضامین اصلی
انسانی ارکان اجرایی تعزیز دقيق شاخص‌های موافقیت، جامعه هدف وجود ندارد، مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها ارتباطات، کمبود ارتباطات	فری و باچتلر (۲۰۱۳) (۱)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	نبود استقلال نسبی در ارگان‌های اجرایی مشخص نبودن وظایف و مسئولیت‌ها کمبود ارتباطات	عدم استقلال سیاسی نهادهای دولتی، نبود استقلال نسبی در ارگان‌های اجرایی
نظام ارزیابی عملکرد (۳۵،۱۲)، عملکرد ضعیف نهادهای ناظارتی و بی تفاوتی نسبت به اجرای خطمشی‌ها (۱۲،۳۵)، فقدان سیستم مشخص ناظارت بر عملکرد نهادهای خطمشی‌گذار (۱۲،۳۵،۳۷)، عدم بازبینی و ناظارت (۳۷،۱۲)، نبود نظام ارزیابی عملکرد (۳۷،۳۵،۱۲)	عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)	عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد	عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد (۱۳۹۵)
عدم مطابقت با استانداردهای اخلاقی (۲۴،۳۵،۳۸)، فقدان ضوابط و مقررات مشخص حاکم بر مرحله تدوین خطمشی (۳۸،۳۵،۲۴)، وجود معیارهای متعارض عملی (۲۴،۳۵)	مک کائل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)، شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	فقدان ضوابط و مقررات مشخص	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	کالا (۲۰۱۶) (۳۶)	عدم هماهنگی بین سطوح محلی و مرکزی	عدم هماهنگی بین سطوح محلی
اطلاعات صحیح و به موقع در بین سطوح انتقال نمی‌یابد، دریافت اطلاعات نا به هنگام	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)	اطلاعات انتقال صحیح و به موقع	اطلاعات انتقال صحیح و به موقع
عدم اعطاف سازمان‌های مجری (۱۲)، قوانین و مقررات زیاد (۳۴،۱۹،۱۲)، سطوح سلسله مراتب زیاد و تاکید بیش از حد بر رویه‌های اداری (۱۹،۳۴) مقررات متناقض با خطمشی و خیالی دست و پاگیر، نظام اداری و بوروکراسی (۳۴،۱۹،۱۲)	کالا (۲۰۱۶) (۳۶)، مک کائل (۲۰۱۶) (۲۴)، عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴)، مقدس پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹)	وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر	عدم اعطاف سازمان‌های مجری (۱۲)، قوانین و مقررات زیاد (۳۴،۱۹،۱۲)
ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی (۱،۱۲،۳۷،۳۶،۲۴)، عدم وجود ائتلاف پایدار جهت اجرای خطمشی (۱،۱۲،۴،۳۶)، عدم وجود منابع و ظرفیت‌ها (۳۶،۱،۱۲،۱۹،۲۴،۳۴-۳۸)، مشکلات ساختاری و نهادهای سیاسی (۱۲،۱،۲۴،۳۶)، منابع و ابزارها (۳۸،۳۷،۳۴،۲۴،۱۹،۱)، کمبود تجهیزات (۳۸،۳۷،۳۴)، هماهنگی و پشتیبانی سیاسی و اجرایی وجود ندارد (۱۹،۱۲،۴،۳۶)، ساختار سازمانی آمادگی لازم برای اجرا را ندارد (۲۴)، فرایندهای سازمانی متناسب با اجرا نیست (۳۷،۲۴،۱۹،۱)، ساختار و منابع ناکافی، کمبود منابع و ابزارهای اجرای خطمشی‌ها (۳۶،۱،۱۲،۱۹،۲۴-۳۸)، فقدان انگیزش‌دهنده‌های لازم (۲۴،۳۶،۳۸) وجود دستورهای متعارض (۲۴،۱۲) منابع ناکافی برای اجرا (۳۶،۱،۱۲،۱۹،۲۴-۳۸)	ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی	اطلاعات بین سطوح مختلف اجرایی	
کنش نظام اداری و جامعه (۳۵،۱۲)، گروههای فشار محیط (۳۴)، موانع فرهنگی (۳۴،۱۲،۳۵،۳۸)، اعمال نفوذ (۳۵،۳۴)، گروههای فشار برخطمشی‌گذاران 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 (۱۲، ۳)، موانع سیاسی، عدم عباسی و همکاران (۱۳۹۵) عوامل سیاسی حمایت های سیاسی (۱۲، ۱۹، ۳۸)، تغییر قوانین (۱۹، ۱۲) عباسی پور و همکاران (۱۳۹۱) عوامل اقتصادی موانع اقتصادی، عدم حمایت های اقتصادی، تغییر قوانین عباسی و همکاران (۱۳۹۵) عوامل اقتصادی اقتصادی (۱۲)، مقدس پور و همکاران (۱۹) شریف زاده و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴) دانش غیر مترقبه فیزیکی	حوادث غیر مترقبه	وقوع حوادث و رخدادهای پیش بینی نشده طبیعی و اجتماعی،
هماهنگی و پشتیبانی سیاسی و اجرایی وجود دارد (۳۴، ۲۴، ۱۹)، عدم پشتیبانی از مجریان خاطمشی (۳۵، ۲۴، ۱۹)، فقدان عزم ملی و حمایت عمومی پور و همکاران (۱۳۹۱) (۱۹) آنها حمایت لازم را ندارند (۱۹، ۳۴)، عدم حمایت های اجتماعی (۳۵)، کمبود حمایت های محیطی	دانش فرد (۱۳۹۳) (۳۴) دانش غیر مترقبه فیزیکی	عدم حمایت های اجتماعی	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خاطمشی ها
تغییر دیدگاه ایدئولوژیک دولت، عدم ثبات مدیریتی ناشی از عدم ثبات مدیریتی ناشی از تغییرات سیاسی فقدان حمایت سیاسی و عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به اجرای خاطمشی ها، عدم پشتیبانی سیاسی (۱۹)	فری و باچتلر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) Abbasی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خاطمشی ها	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خاطمشی ها
کمبود زمان موانع عملی و فناورانه، ناسازگاری فناوری، عدم آموزش در خصوص استفاده از فناوری، نبود فناوری های مورد نیاز عدم توجه به ارزش های بنیادین (۱۲، ۱۴)، زمینه های نهادی و حقوقی (۱۹، ۱۲، ۲۴)، عوامل حقوقی (۱۲، ۱۹، ۳۸)، ارزش ها و هنجارهای مجریان هم راستای اجرای خاطمشی نیست (۱۲)، عکس از کمال (۲۰۱۶) (۲۴)، فری و باچتلر (۲۰۱۳) (۱)، عباسی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵) عباسی و بیگی (۱۳۹۵) (۳۵)	کمبود زمان موانع عملی و فناورانه، ناسازگاری فناوری، عدم آموزش در خصوص استفاده از فناوری، نبود فناوری های مورد نیاز	حاکمیت فرهنگ قانون گریزی بی نظمی و بی برنامگی در جامعه، هرج و مرج و آشفتگی در جامعه، عدم نظارت مردم



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 جداول 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 "تاكید بر

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

ردیف	مضامین	وزن‌ها	بارهای اطلاعاتی E_j
خطمشی‌گذاران			
۱	تاكید بر منافع حزبی و گروهی	۰/۰۹۲۰	۰/۰۳۴۰
۲	خودرأیی خطمشی‌گذاران و بی توجهی به نظرات سایر بازیگران	۰/۰۸۲۰	۰/۰۳۰۰
۳	ناکافی بودن تخصص و دانش	۰/۰۷۷۰	۰/۰۲۸۰
۴	سطحی نگری	۰/۰۷۰۰	۰/۰۲۵۰
۵	دخلالت دادن تعصبات در خطمشی‌گذاری	۰/۰۶۹۰	۰/۰۲۵۰
۶	ارائه راهکارهای نادرست	۰/۰۶۹۰	۰/۰۲۵۰
۷	افق زمانی کوتاه مدت	۰/۰۶۰۰	۰/۰۲۲۰
۸	تدوین خط مشی‌ها بدون اتکا به پشتونه نظری و علمی	/۰۶۰۰	۰/۰۲۲۰
۹	عدم شناخت درست مسائل و مشکلات	۰/۰۵۹۰	۰/۰۲۱۰
۱۰	جزئی نگری	۰/۰۵۲۰	۰/۰۱۹۰
۱۱	نگاه ساده انگارانه و عدم اهتمام کافی به خطمشی‌گذاری	۰/۰۵۲۰	۰/۰۱۹۰
۱۲	فقدان ضوابط و مقررات مشخص بر خطمشی‌گذاری	۰/۰۵۱۰	۰/۰۱۸۰
۱۳	عدم پشتیبانی و ارتباط با مجریان	۰/۰۴۸۰	۰/۰۱۷۰
۱۴	غلبه بخشی نگری بر نگاه ملی و سیاسی کاری	۰/۰۴۵۰	۰/۰۱۶۰
۱۵	عدم ارتباط با سایر بخش‌های خطمشی‌گذاری	۰/۰۳۹۰	۰/۰۱۴۰
۱۶	تدوین خط مشی‌های غیر واقع بینانه و آرمان گرایانه	۰/۰۳۷۰	۰/۰۱۳۰
۱۷	استفاده از الگوهای تقليدي	۰/۰۳۱۰	۰/۰۱۱۰
ماهیت خط مشی			
۱	نادرستی نظریه خط مشی	۰/۱۶۰۰	۰/۰۲۴۰
۲	عوامل حقوقی و قضایی	۰/۱۸۰۰	۰/۰۲۰۰
۳	وجود تناقضات	۰/۱۸۰۰	۰/۰۱۶۰
۴	عدم انعطاف	۰/۱۸۰۰	۰/۰۱۶۰
۵	گستردگی بودن، پیچیده بودن و میهم بودن مسائل	۰/۱۸۰۰	۰/۰۱۶۰
۶	هدفگذاری میهم و غیرواقعي	۰/۱۷۰۰	۰/۰۱۴۰

بی‌نظمی و بی‌ برنامگی 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 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 وزن های مربوط به مجریان و عوامل محیطی

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E_j	وزن ها	مجریان خط مشی
۱	فقدان شهامت لازم برای تغییرات مورد نیاز	۰/۱۶۳۰	۰/۱۶۳۰	
۲	سیاسی کاری و ترجیح منافع شخصی و حزبی در اجرای خط مشی	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 گروه های فشار	۰/۰۸۴۰	۰/۰۸۴۰	
۶	طرز تلقی و برداشت مجریان از خط مشی ها	۰/۰۸۳۰	۰/۰۸۳۰	
۷	انفعال، عدم پویایی و تمایل به حفظ وضع موجود	۰/۰۷۴۰	۰/۰۷۴۰	
۸	ناهمانگی مدیران عالی و اجرایی	۰/۰۶۵۰	۰/۰۶۵۰	
۹	فقدان اراده سیاسی	۰/۰۵۸۰	۰/۰۵۸۰	
۱۰	هم راستا نبودن ارزش ها و هنجارهای مجریان و خط مشی ها	۰/۰۵۴۰	۰/۰۵۴۰	
۱۱	استفاده کنندگان و گروه های هدف	۰/۰۳۰۰	۰/۰۳۰۰	
۱۲	ویژگی های شخصیتی و رفتاری	۰/۰۸۹۰	۰/۰۲۵۰	
عوامل محیطی				
۱	بی نظمی و بی برنامگی در جامعه	۰/۱۵۱۰	۰/۰۵۱۰	
۲	عوامل فرهنگی	۰/۱۲۵۰	۰/۰۲۹۰	
۳	کمبود زمان	۰/۹۸۰۰	۰/۰۲۳۰	
۴	حاکمیت فرهنگ قانون گریزی	۰/۰۹۴۰	۰/۰۲۲۰	
۵	عوامل سیاسی	۰/۰۸۹۰	۰/۰۲۱۰	
۶	عدم حمایت های اجتماع	۰/۰۸۹۰	۰/۰۲۱۰	
۷	عدم اعتقاد و التزام مسئولین و مقامات به خط مشی ها	۰/۰۸۸۰	۰/۰۲۰۰	
۸	فقدان حمایت سیاسی	۰/۰۸۴۰	۰/۰۱۹۰	
۹	عدم ثبات مدیریتی ناشی از تغییرات سیاسی	۰/۰۷۷۰	۰/۰۱۸۰	
۱۰	عوامل اقتصادی	۰/۰۵۹۰	۰/۰۱۳۰	
۱۱	حوادث غیر متوجه فیزیکی	۰/۰۴۹۰	۰/۰۱۱۰	
۱۲	ناسازگاری فناوری	۰/۰۴۶۱	۰/۰۱۰۰	
۱۳	تعارض خط مشی با هنجارها و ارزش های اجتماعی	۰/۰۴۶۰	۰/۰۱۰۰	

جدول ۴: بارهای اطلاعاتی و وزن های مربوط به عوامل سازمانی

ردیف	مضامین	بارهای اطلاعاتی E_j	وزن ها
۱	وجود قوانین و مقررات دست و پاگیر	۰/۰۷۴۵	۰/۰۲۷۰
۲	تعدد سازمان های اجرایی و موازی کاری در اجرا	۰/۰۵۸۷	۰/۰۲۱۰
۳	کمبود منابع مالی لازم برای اجرای خط مشی	۰/۰۵۸۱	۰/۰۲۱۰
۴	کمبود منابع انسانی متخصص در اجرا	۰/۰۵۷۸	۰/۰۲۱۰
۵	عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد خط مشی گذاران و مجریان خط مشی	۰/۰۵۸۶	۰/۰۲۱۰
۶	عدم انتقال صحیح و به موقع اطلاعات بین سطوح مختلف اجرایی	۰/۰۳۳۷	۰/۰۲۱۰
۷	تعدد مراکز خط مشی گذاری	۰/۰۵۲۶	۰/۰۱۹۰
۸	ظرفیت و ساختارهای سازمانی ناکافی	۰/۰۵۲۹	۰/۰۱۹۰
۹	نیوتن نظامهای اطلاعاتی و فنی قابل اعتماد	۰/۰۴۹۷	۰/۰۱۸۰
۱۰	نبود اتاق فکر و مشاوران آگاه به مسائل	۰/۰۴۹۱	۰/۰۱۸۰
۱۱	نبود استقلال نسیی در ارگان های اجرایی	۰/۰۴۹۷	۰/۰۱۸۰



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

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 به دست آمد (جدول ۵). بعد خط‌مشی‌گذاران بیشترین ضریب اهمیت را از 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	اعداد	وزن‌ها	Ej	بارهای اطلاعاتی
۱	خط‌مشی‌گذاران	۰/۰۰۸۰	۰/۳۲۰	
۲	ماهیت خط‌مشی	۰/۰۰۷۰	۰/۲۸۱۰	
۳	مجريان خط‌مشی	۰/۰۰۴۰	۰/۱۷۴۰	
۴	عوامل محیطی	۰/۰۰۳۰	۰/۱۳۳۰	
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 فرایندهای که خط‌مشی‌های دولتی در حاکمیت اثربخش دولت دارند، اما آنچه در عمل با آن روپرتو می‌شویم این است که معمولاً دولتها در تحقق اهداف خط‌مشی با ناکامی مواجه می‌شوند. خط‌مشی‌گذاری ما را به عرصه فعالیت‌های دولتی رهنمای می‌سازد. یکی از این عرصه‌ها نظام سلامت است که به دلیل تاثیر فرایندهاش در راستای توسعه پایدار، لازم است

تشخیص غلط مسئله منجر به تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌شود. تشخیص نادرست اهداف و مقصد راه می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیم و خط‌مشی نادرست و نابهجه 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 زودهنگام 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. بریور (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 رویه رو 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

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 به دست آمده مهمترین بعد از بین ۵ بعد شناسایی شده، موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران بیشترین ضریب اهمیت را به خود اختصاص داد و در سطح مضمون 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 تأمین منافع حامیان خود هستند. در این حالت خط‌مشی از هدف خود که همانا تأمین 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 منافع مدیران و پزشکان بوده و منافع آن‌ها را تأمین 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 بیشین همخوانی دارد. در مطالعه عباسی و بیگی (۱۳۹۵) بین مسئولین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری نشان داده شد خودرأی 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 جزئی نگری را مهمترین موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران معرفی کرده‌اند (۱۲).

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



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 تدوین کنندگان 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 شهامت 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 نورزنند.

سپاسگزاری

از تمامی مستولین و استادی محتشم دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران که در راستای اجرای این مطالعه نهایت همکاری را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندهان

طراحی پژوهش: ح. و، ر. م

جمع آوری داده‌ها: ر. م

تحلیل داده‌ها: ر. م

نگارش و اصلاح مقاله: ر. م، ح. و

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد شماره ۹۷۲۰۲۸۱۰۹۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه لرستان انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندهان گزارش نشده است.

دخلات دهنده می‌تواند منجر به دور شدن خطمشی از اهدافش گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مهمترین عامل مربوط به عوامل محیطی که مانع از تحقق اهداف خطمشی‌ها می‌شود، بی‌نظمی و بی‌ برنامگی در جامعه است. پژوهش عباسی و بیگی (۱۳۹۵) نیز این نتیجه را به دست 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 سلسه 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 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 موقفيت دسترسی به اهداف خطمشی‌ها خصوصاً در زمینه سلامت را می‌توان از جمله محدودیت‌های این مطالعه عنوان کرد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بازیگران 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. 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]
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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]
- 15) Hope KR. Development in the third world: from policy failure to policy reform. Routledge 2016; 224. doi: 10.4324/9781315285498.
- 16) Elmore RF. Backward mapping: implementation research and policy decisions. *Political Science Quarterly* 1979; 94(4): 601-16. doi: 10.2307/2149628.
- 17) 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.
- 18) Moghadaspour S, Danaeifard H, Kordnaiech 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]
- 19) 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.
- 20) 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
- 21) Hope KR. Development in the third world: from policy failure to policy reform. Routledge 2016; 16: 224. doi: 10.4324/9781315285498.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) 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, Barría 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, Danaefard 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.forepol.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 ²

¹ Associate Professor, Department of Business Administration, School of Management and Economic, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² 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

A B S T R A C T

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