Journal of Arak University of Medical Sciences
Volume 28, Issue 2
May & June 2025

Research Article

Designing a Good Governance Model in Iran's Healthcare System Using a Mixed Approach of Thematic Analysis and Partial Least Squares (PLS) Method

Davoud Shamsi[1], Mohsen Mohammadian Saravi[2]*, Khalil Alimohammadzadeh[3,4], Azade Ashrafi[5]

[1] PhD Student, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Public Administration, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[3,4] Professor, Department of Health Services Management, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University of Medical Sciences, AND Associate Member of the Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran Tehran, Iran

[5] Assistant Professor, Department of Public Administration, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author**: Mohsen Mohammadian Saravi, Assistant Professor, Department of Public Administration, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: Mo.Mohammadian@iau.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.28.2.121

How to Cite this Article:
Shamsi D, Mohammadian Saravi M, Alimohammadzadeh Kh, Ashrafi A. Designing a Good Governance Model in Iran's Healthcare System Using a Mixed Approach of Thematic Analysis and Partial Least Squares (PLS) Method. *J Arak Uni Med Sci*. 2025;**28**(2): 121-132. DOI: 10.61186/jams.28.2.121

Received: 2024.10.08
Accepted: 2024.12.31

Keywords:
Good Governance;
Health System;
Thematic Analysis;
Partial Least Squares (PLS)

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Good governance, as one of the fundamental concepts in healthcare system management, plays a key role in enhancing the efficiency, effectiveness, and equity of healthcare services. This concept, Emphasizing principles such as transparency, accountability, participation, and legality, has been considered as a framework for improving policymaking and management in Iran's healthcare system.

This study conducted in 2024 aimed to design and present a model of good governance in the healthcare system using a mixed approach of thematic analysis and Partial Least Squares (PLS) method.

Methods: The research method included both qualitative and quantitative components. The qualitative phase, involved managers, health policy experts, specialists from the Ministry of Health and Medical Education, and academic scholars. Sampling was done using purposive and snowball sampling methods, with 17 participants selected until theoretical saturation was reached. In the quantitative phase, the Partial Least Squares (PLS) method was used for model fitting. The statistical population for this section included all experts and managers in Iran's healthcare sector, with a minimum sample size of 384 determined based on Cochran's formula.

Results: The results of thematic analysis of the qualitative data and model fitting showed that the final good governance model in the healthcare system consists of seven main dimensions: effectiveness, efficiency, equity, transparency and accountability, participation, legality, and leadership. Each dimension comprised specific components, and the importance of each was confirmed in strengthening good governance.

Conclusions: Throughout all research stages, ethical principles, including informed consent, confidentiality of information, and respect for participants' rights, were carefully followed. This research has received ethical approval from the relevant university ethics committee.

Copyright *© 2024 The Author(s); Published by Journal of Arak University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http"//creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) witch permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مقاله پژوهشی

ارائه مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران با بهره‌گیری از رهیافت ترکیبی تحلیل مضمون و روش حداقل مربعات جزئی

داود شمسی[۱]، محسن محمدیان ساروی*[۲]، خلیل علی محمدزاده[۳و۴]، آزاده اشرفی[۵]

[۱] دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، ایران
[۴] عضو وابسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
[۵] استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محسن محمدیان ساروی، استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: Mo.Mohammadian@iau.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.28.2.121

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱

واژگان کلیدی:
حکمرانی خوب؛
نظام سلامت؛
تحلیل مضمون؛
حداقل مربعات جزئی (PLS)

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.

چکیده

مقدمه: حکمرانی خوب به‌عنوان یکی از مفاهیم اساسی در مدیریت نظام‌های سلامت، نقشی کلیدی در ارتقای کارآیی، اثربخشی و عدالت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند. این مفهوم با تأکید بر اصولی همچون شفافیت، پاسخگویی، مشارکت و قانون‌مندی، به‌عنوان چارچوبی برای بهبود سیاست‌گذاری و مدیریت در نظام سلامت ایران مورد توجه قرار گرفته است. این پژوهش با هدف طراحی و ارائه مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت با بهره‌گیری از رهیافت ترکیبی تحلیل مضمون و روش حداقل مربعات جزئی در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

روش کار: روش مطالعه شامل دو بخش کیفی و کمی بود. در بخش کیفی، جامعه پژوهش مدیران، صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان، خبرگان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، و صاحب‌نظران دانشگاهی را شامل می‌شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله برفی انجام شد و ۱۷ نفر تا رسیدن به اشباع نظری انتخاب شدند. در بخش کمی از روش حداقل مربعات جزئی (PLS) برای برازش مدل استفاده شد. جامعه آماری این بخش شامل کلیه کارشناسان و مدیران حوزه بهداشت و درمان ایران بود که بر اساس فرمول کوکران حداقل حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل مضمون داده‌های کیفی و برازش مدل پژوهش نشان داد که مدل نهایی حکمرانی خوب در نظام سلامت از هفت بعد اصلی تشکیل شده است: اثربخشی، کارآیی، عدالت، شفافیت و پاسخگویی، مشارکت، قانون‌مندی و رهبری. هر یک از این ابعاد به مؤلفه‌های خاصی تفکیک شدند که اهمیت هر کدام در تقویت حکمرانی خوب مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: این مقاله با ارائه مدلی جامع از حکمرانی خوب در نظام سلامت، چارچوبی برای بهبود سیاست‌گذاری، مدیریت و عملکرد در این حوزه پیشنهاد می‌کند. مدل ارائه‌شده می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای تصمیم‌گیری‌های استراتژیک و بهبود ساختارهای مدیریتی مورد استفاده قرار گیرد.

ارجاع: شمسی داود، محمدیان ساروی محسن، علی محمدزاده خلیل، اشرفی آزاده. ارائه مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران با بهره‌گیری از رهیافت ترکیبی تحلیل مضمون و روش حداقل مربعات جزئی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک* ۱۴۰۴؛ ۲۸ (۲): ۱۲۱-۱۳۲.

مقدمه

سلامت جامعه همواره از مهم‌ترین دغدغه‌های دولت‌ها و سیاست‌گذاران در سراسر جهان بوده است (۱). با این حال، ایجاد جامعه‌ای سالم، صرفاً به‌واسطه وجود یک نظام سلامت کارآمد و اثربخش محقق نمی‌شود؛ بلکه به هماهنگی و تعامل عوامل متعدد دیگری نظیر چارچوب‌های قانونی شفاف، حاکمیت اثربخش، همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و مشارکت عمومی نیز وابسته است. در همین راستا، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ مفهوم حاکمیت نظام سلامت را مطرح کرد و آن را به‌عنوان چارچوبی

استراتژیک برای سیاست‌گذاری، نظارت، ایجاد ائتلاف، تدوین مقررات مرتبط و تقویت پاسخگویی تعریف نمود. این مفهوم بر اهمیت مولفه‌هایی چون شفافیت، کارآیی، اثربخشی، حاکمیت قانون و مشارکت در بهبود نظام سلامت تأکید دارد (۲).

با وجود اهمیت این چارچوب، ارزیابی حکمرانی نظام سلامت با چالش‌های فراوانی مواجه است. در بسیاری از موارد، خط‌مشی‌گذاران توجه بیشتری به نحوه تخصیص منابع و اولویت‌بندی خدمات داشته و کمتر به نحوه ارائه خدمات، سازمانده‌ی فرایندها و انتخاب گروه‌های هدف توجه می‌کنند. این عدم تمرکز منجر به شکاف‌هایی در ساختار حکمرانی شده است که فرایند اجرای خط‌مشی‌ها را از اهداف تعیین‌شده دور می‌سازد (۳). همچنین، اصول حکمرانی خوب غالباً ماهیت انتزاعی دارند و اندازه‌گیری کمی آن‌ها دشوار است؛ ازاین‌رو، ارائه مدل حکمرانی خوب در بخش بهداشت و درمان، نیازمند روش‌های دقیق و ابزارهای تحلیلی جامع‌تری است (۴، ۵).

در همین رابطه بررسی تحقیقات قبلی نیز نشان می‌دهد که این تحقیقات بر ابعاد مختلف حکمرانی نظام سلامت تمرکز داشته‌اند، از جمله حکمرانی داده‌های سلامت، سیاست‌گذاری‌های شکست‌خورده، حکمرانی در بحران، شاخص‌های حکمرانی خوب و ارزیابی امور حکمرانی. در جدول ۱، برخی از این تحقیقات خلاصه و ذکر شده‌اند.

علاوه بر آنچه بیان شد، در ایران، نظام سلامت با مجموعه‌ای از مشکلات ساختاری و اجرایی مواجه است. این نظام به‌عنوان یک ساختار چندلایه و ترکیبی شامل نهادهای دولتی، عمومی و خصوصی عمل می‌کند و در آن، عدم هماهنگی میان بازیگران کلیدی به یک چالش اساسی تبدیل شده است (۱۲). عدم وجود چارچوب‌های شفاف برای سیاست‌گذاری، نظارت و ارزیابی، منجر به ایجاد یک ساختار جزیره‌ای و پراکنده شده است که در آن، انواع مختلفی از ارائه‌دهندگان خدمات با انگیزه‌های متفاوت فعالیت می‌کنند. علاوه بر این، نبود یک الگوی جامع برای ارزیابی خط‌مشی‌ها، پیچیدگی‌های موجود را دوچندان کرده است (۱۳).

افزون بر این، ضرورت پرداختن به این موضوع از آنجا نشأت می‌گیرد که حکمرانی خوب در نظام سلامت به‌عنوان عاملی کلیدی در بهبود عملکرد، مشروعیت و نتایج سیستم‌های سلامت شناخته می‌شود (۱۴). بنابراین، تدوین یک چارچوب جامع و نظام‌مند برای حکمرانی خوب در حوزه بهداشت و درمان، نه‌تنها می‌تواند به بهبود فرایند سیاست‌گذاری کمک کند، بلکه باعث افزایش کارآیی و اثربخشی خدمات سلامت نیز خواهد شد.

نوآوری تحقیق حاضر در استفاده از رهیافت ترکیبی تحلیل مضمون و روش حداقل مربعات جزئی (PLS) برای ارائه مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت است. این رویکرد با ترکیب روش‌های کیفی و کمی، امکان تحلیل دقیق و شفاف از مؤلفه‌های حکمرانی خوب را فراهم کرده و به درک عمیق‌تر از روابط علی میان این مؤلفه‌ها و عملکرد خط‌مشی‌های بهداشت و درمان کمک می‌کند. برخلاف تحقیقات پیشین که بیشتر بر روابط همبستگی تمرکز داشته‌اند، این مقاله تلاش دارد تا با ارائه یک مدل مبتنی بر علیت، چارچوبی جامع و عملیاتی برای ارزیابی و بهبود حکمرانی در نظام سلامت ایران ارائه دهد.

به طور کلی، تحقیق حاضر با طرح این سؤال اصلی که «مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران به چه صورت است؟» تلاش می‌کند تا با بهره‌گیری از رویکردهای ترکیبی و نظام‌مند، مدلی جامع برای حکمرانی خوب در نظام سلامت ارائه دهد. این مقاله با تمرکز بر شناسایی، بررسی و تعامل مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی خوب، گامی مؤثر در جهت بهبود نظام سلامت و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در کشور خواهد بود.

جدول ۱. مرور ادبیات قبلی و ذکر تفاوت‌های آنها با مطالعه حاضر

پژوهش	منبع	موضوع تحقیق	روش‌شناسی	نتایج کلیدی	تفاوت با مطالعه حاضر
Ali و همکاران (۲۰۲۵)	(۶)	اشتراک‌گذاری منافع دیجیتال برای نظارت بر عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر	چارچوب حکمرانی داده‌محور، بررسی چالش‌های مالکیت داده، شفافیت و توزیع منافع	معرفی عدالت در سلامت جهانی به عنوان مبنای حکمرانی داده‌های سلامت عمومی	تمرکز بر حکمرانی داده‌های سلامت، نه حکمرانی کلان نظام سلامت
Ungki (۲۰۲۳)	(۷)	تحلیل سیاست‌های سلامت کره جنوبی و شکست آن در حفظ خط‌مشی نظام سلامت	مطالعه میدانی، مصاحبه‌های عمیق با بوروکرات‌ها و ارائه‌دهندگان سلامت، تحلیل بازخورد سیاستی	نشان دادن منشأ اقتصادی حکمرانی نظام سلامت و پیامدهای سوءمدیریت	تمرکز بر تغییرات نهادی در کره جنوبی، نه ارائه مدل حکمرانی سلامت
Schmitt و همکاران (۲۰۲۲)	(۸)	بررسی حکمرانی نظام سلامت آلمان با تأکید بر برنامه‌ریزی آینده‌نگر	رویکرد تحقیق مثلثی (تحلیل ادبیات، بحث گروهی با کارشناسان، طبقه‌بندی سیستم‌های حکمرانی)	شناسایی پنج بعد کلیدی حکمرانی سلامت (شفافیت، پاسخگویی، مشارکت، صداقت و ظرفیت) و تأکید بر ضرورت طراحی چارچوب مشخص در خط‌مشی‌گذاری	تمرکز بر سیستم حکمرانی سلامت در یک کشور توسعه‌یافته (آلمان) و تحلیل ساختارهای آن
Jatmika و همکاران (۲۰۲۱)	(۹)	بررسی چالش‌های حکمرانی خوب در دیپلماسی سلامت اندونزی در دوران کووید-۱۹	روش تحقیق کیفی با رویکرد ساخت‌گرایی (تحلیل محتوا)	شناسایی مشکلات اندونزی در حکمرانی دیپلماسی سلامت، از جمله ضعف در پاسخگویی و توسعه روش‌های غیرسیستماتیک و غیرعینی در مدیریت بحران	تمرکز بر دیپلماسی سلامت و نحوه ارتباطات بین‌المللی در یک کشور در حال توسعه (اندونزی)
رادفر و دیگران (۱۴۰۱)	(۱۰)	تحقق‌پذیری حکمرانی خوب در وزارت بهداشت ایران	مطالعه موردی، روش دلفی، مدل‌سازی معادلات ساختاری	تأیید رابطه مثبت بین حکمرانی خوب و سلامت عمومی	تمرکز بر شاخص‌های حکمرانی خوب در وزارت بهداشت، نه بر مدل جامع حکمرانی سلامت
محمدی‌ها و دیگران (۱۴۰۱)	(۱۱)	شناسایی و اولویت‌بندی امور حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران	روش دلفی فازی، تحلیل عاملی تأییدی با SmartPLS	تعیین سه دسته امور حکمرانی: حاکمیتی، قراردادی، مشارکتی	بررسی شاخص‌های حکمرانی خوب، بدون ارائه مدل ساختاریافته برای حکمرانی نظام سلامت

این پژوهش به صورت زیر سازماندهی شده‌است. ابتدا، روش‌شناسی مورد استفاده در این مقاله، به صورتی خلاصه بیان می‌گردد. سپس یافته‌ها را ارائه داده و در نهایت نتایج و پیامدهای عملی این مقاله را مورد بحث قرار گرفته است.

روش کار

مطالعه حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش استنتاج، توصیفی، و از نظر ماهیت داده‌ها، آمیخته اکتشافی است. جامعه تحقیق در بخش کیفی شامل مدیران، صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان، خبرگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و اساتید دانشگاهی کشور مرتبط با موضوع تحقیق بود. مشارکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود مشخصی از جمله حداقل ۱۰ سال سابقه مدیریتی یا تخصصی در حوزه بهداشت و درمان و دارا بودن مدرک دکتری یا حداقل کارشناسی ارشد در رشته‌های مرتبط انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری در بخش کیفی به‌صورت هدفمند و گلوله برفی انجام شد. در این روش، ابتدا چندین فرد خبره انتخاب شده و سپس از آنان درخواست شد که افراد متخصص دیگری را معرفی کنند. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت که در نهایت منجر به انتخاب ۱۷ نفر شد.

در بخش کمی، جامعه تحقیق شامل کلیه کارشناسان و مدیران حوزه بهداشت و درمان در ایران بود. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. با فرض نسبت پاسخگویی ۵۰ درصد (P = ۰/۰۵)، سطح اطمینان ۹۵ درصد (Z = ۱/۹۶) و خطای نمونه‌گیری ۵ درصد (P = ۰/۰۵)، حداقل حجم نمونه ۳۸۴ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری در این بخش، تصادفی طبقه‌ای بود که در آن نمونه‌ها متناسب با توزیع جمعیتی مدیران و کارشناسان در بخش‌های مختلف نظام سلامت انتخاب شدند.

با توجه به ماهیت تحقیق آمیخته اکتشافی، مراحل پژوهش به شرح زیر انجام گرفت:

بخش کیفی: در این بخش، برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون (تم) کدگذاری شده و ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت استخراج گردید.

بخش کمی: در این مرحله، بر اساس یافته‌های بخش کیفی، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته طراحی شد. روایی محتوایی این پرسشنامه با نظر خبرگان تأیید گردید و پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (که مقدار آن بالاتر از ۰/۷ به‌دست آمد) بررسی شد. سپس، داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی (PLS) و نرم‌افزار SmartPLS تحلیل شدند. روش PLS برای مدل‌سازی معادلات ساختاری در شرایطی که داده‌ها نرمال نیستند یا حجم نمونه محدود است مناسب است. در این پژوهش، از مدل اندازه‌گیری برای بررسی پایایی و روایی سازه‌ها و از مدل ساختاری برای تحلیل روابط میان متغیرهای پژوهش استفاده شد. شاخص‌های برازش مانند AVE و R^2 برای ارزیابی کیفیت مدل گزارش شدند.

این مقاله با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1403.335 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است. همه اصول بیانیه هلسینگی از جمله دریافت رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات آنها رعایت شده است

یافته‌ها

الف) شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت

همان‌گونه که در بخش روش تحقیق ذکر شد، در پژوهش حاضر به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در بخش کیفی از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و برای تحلیل از روش تحلیل تم (مضمون) استفاده گردید. به همین منظور و با هدف جمع‌آوری داده‌های کیفی، پس از بررسی ادبیات مرتبط با موضوع تحقیق، چارچوبی برای طراحی پرسش‌های مصاحبه با خبرگان تدوین شد. در ادامه، ۱۷ نفر از خبرگان دانشگاهی و مدیران حوزه بهداشت و درمان، شامل مدیران و متخصصان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین صاحب‌نظران دانشگاهی مرتبط با نظام سلامت، از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. این افراد به‌عنوان خبره‌ترین افراد در زمینه حکمرانی خوب در نظام سلامت شناسایی و انتخاب شدند تا داده‌های جامع و با کیفیتی برای تحلیل مضمون و طراحی مدل تحقیق فراهم شود.

در فاز دوم، مصاحبه‌های انجام‌شده با روش تحلیل تم استقرایی شش مرحله‌ای Braun و Clarke (۲۰۰۶)، کدگذاری گردید (۱۵). بر این اساس و در طی مرحله آشنایی با داده‌ها، شواهد گفتاری (۸۰ مورد) شناسایی شده ازمتن مصاحبه‌ها در قالب کدهای اولیه برچسب‌زنی شد. در ادامه، به جهت آشنایی با مرحله کدگذاری، بخشی از مصاحبه انجام شده با یکی از مشارکت‌کنندگان، آورده شده است:

مشارکت کننده ۳ : محقق: اینجانب داود شمسی، دانشجوی دکتری رشته مدیریت دولتی هستم. در حال حاضر مشغول انجام تحقیقی با عنوان «ارائه الگوی ارزیابی خط‌مشی‌های بهداشت و درمان ایران بر اساس مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت» هستم. از اینکه وقت خود را برای مصاحبه در این پژوهش اختصاص دادید. این بخش از پژوهش با هدف شناسایی مؤلفه‌ها و ابعاد مولفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران انجام می‌شود. تا در ادامه و در بخش‌های بعدی بتوانیم، خط‌مشی‌های بهداشت و درمان ایران را بر اساس مؤلفه‌هایی که شناسایی می‌شود ارزیابی نماییم. در این مصاحبه سؤالاتی در مورد تجربیات و نظرات شما در این مورد پرسیده خواهد شد.

از شما تقاضا دارم که در این مصاحبه، با من در مورد چالش‌ها و فرصت‌های ارزیابی خط‌مشی‌های بهداشت و درمان ایران بر اساس مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت، نظرات خود را به اشتراک بگذارید. همچنین، نظر شما را در مورد مدل پیشنهادی و راهکارهای طراحی آن خواهم پرسید. ابتدا بفرمایید که ارزیابی خط‌مشی‌های بهداشت و درمان ایران بر اساس مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت چه تأثیری در بهبود کیفیت و کارآیی این سیستم داره؟

پاسخ مصاحبه شونده: ارزیابی خط‌مشی‌های بهداشت و درمان ایران بر اساس مؤلفه‌های حکمرانی خوب، می‌تولند نقش بسیار مهمی در بهبود کیفیت و کارآیی این سیستم داشته باشه. این ارزیابی به ما کمک می‌کند تا ببینیم کجاها نیاز به بهبود و اصلاح داریم و چطور می‌تونیم خدمات بهتری به مردم ارائه بدهیم. برای داشتن یه نظام سلامت قوی و کارآمد، همه آدم‌ها، چه پزشکان و چه پرستارها، چه بیمارها و چه مردم عادی، باید

در اداره نظام سلامت مشارکت داشته باشند. بدین نحو می‌توانیم یه نظام سلامت قوی و کارآمد داشته باشیم که نیازهای همه را برآورده نماید. وقتی همه افراد درگیر در نظام سلامت احساس کنند که در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای سیاست‌ها سهمی دارن، اعتماد عمومی به این سیستم افزایش پیدا می‌کنه و این خودش منجر به ارتقای کیفیت خدمات می‌شه. پرسش محقق: چطور می توانیم مشارکت عمومی را در نظام سلامت افزایش داد؟

پاسخ مصاحبه شونده: برای افزایش مشارکت عمومی، باید به افراد فرصت داده شود تا در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مربوط به نظام سلامت مشارکت کنند. همه افرادی که در سیستم بهداشت و درمان نقش دارند، باید در تصمیم‌گیری‌ها درباره این سیستم مشارکت داشته باشند. این می‌تواند شامل جلسات مشورتی، نظرسنجی‌ها، و ایجاد کانال‌های ارتباطی موثر باشه که افراد بتوانند نظرات و پیشنهادات خود را بیان نمایند. همچنین، آموزش و آگاهی‌بخشی به مردم درباره اهمیت مشارکت‌شان در بهبود نظام سلامت می‌تواند مؤثر باشد. وقتی مردم و کارکنان به اهمیت نقش خودشون پی ببرند، تمایل بیشتری به مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها خواهند داشت.

پرسش محقق: علاوه بر مشارکت عمومی، چه مؤلفه‌های دیگه‌ای در حکمرانی خوب وجود داره که باید بهشون توجه بشه؟

پاسخ مصاحبه شونده: «یکی دیگه از مؤلفه‌های مهم حکمرانی خوب، قانون‌مندی و رعایت استانداردهاست. خدمات توی سیستم بهداشت و درمان باید با استانداردهای ملی و بین‌المللی کیفیت مطابقت داشته باشه. این به این معناست که همه خدمات باید بر اساس مقررات و استانداردهای تعریف شده ارائه بشن تا کیفیت و ایمنی اون‌ها تضمین بشه. با رعایت قوانین و مقررات، می‌تونیم مطمئن باشیم که خدماتی که به مردم ارائه می‌دیم، هم با کیفیت و هم ایمن هستن و این اعتماد مردم به سیستم رو افزایش می‌دهد...». نمونه‌ای از چگونگی انجام مراحل آشنا شدن و برچسب‌زنی داده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

در ادامه، همان‌گونه که نمونه‌ای از آن ارائه شد (جدول ۱)، فرایند شناسایی شواهد گفتاری و برچسب‌گذاری برای ۸۰ مورد به‌طور دقیق انجام شد. در مرحله بعد، کدهای اولیه استخراج‌شده در قالب ۴۱ تم فرعی دسته‌بندی گردیدند که در نهایت، این تم‌های فرعی در هفت تم اصلی تلفیق شدند. به منظور اختصار و ارائه خلاصه‌ای از نتایج نهایی تحلیل مضمون، جدول ۳ شامل این یافته‌ها ارائه شده است.

در ادامه، ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت که در بخش کیفی شناسایی گردیدند (جدول ۳) برازش شده‌اند.

ب) اعتباریابی نتایج تحقیق

در این بخش از پژوهش، نتایج بخش کیفی با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی(PLS)، مورد آزمون قرار می‌گیرد. در ابتدا آمار توصیفی و سپس آمار استنباطی منتج از تجزیه و تحلیل گزارش شده است.

جدول ۴، آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه شامل میانگین و انحراف معیار را نشان می‌دهد. در این مقاله، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی قرار گرفته است. این ویژگی‌ها شامل جنسیت، سن، تجربه کاری و تحصیلات است که در ادامه به تفصیل توضیح داده می‌شوند. بر این اساس، در این تحقیق، ۳۳۲ نفر از شرکت‌کنندگان مرد بوده‌اند که معادل ۸۵ درصد از کل نمونه را تشکیل می‌دهند. در مقابل، ۵۸ نفر از افراد نمونه را زنان تشکیل داده‌اند که معادل ۱۵ درصد است. این توزیع جنسیتی نشان‌دهنده حضور بیشتر مردان در این پژوهش است. در خصوص سن شرکت‌کنندگان، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی بالای ۳۶ سال است که شامل ۱۸۹ نفر یا ۵۰ درصد از کل نمونه می‌شود. پس از آن، گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال قرار دارد که ۱۷۰ نفر یا ۴۴ درصد از کل نمونه را تشکیل می‌دهد. در نهایت، ۲۵ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار دارند که معادل ۶ درصد از کل نمونه است. این توزیع سنی نشان‌دهنده آن است که بیشترین تعداد افراد در این مقاله در سنین بالای ۳۱ سال قرار دارند. در زمینه تجربه کاری، ۱۴۴ نفر از افراد نمونه تجربه کاری بین ۱۱ تا ۱۵ سال دارند که ۳۶ درصد از کل نمونه را شامل می‌شود. گروه بعدی با تجربه کاری بین ۱۶ تا ۲۰ سال است که ۱۱۵ نفر یا ۲۹ درصد از شرکت‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. ۶۷ نفر یا ۱۷ درصد از افراد، تجربه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال دارند. همچنین، ۴۲ نفر (۱۰ درصد) تجربه کاری بین ۲۱ تا ۲۵ سال و ۱۶ نفر (۴ درصد) بیش از ۲۶ سال تجربه کاری دارند. این توزیع نشان‌دهنده آن است که بیشتر شرکت‌کنندگان تجربه کاری میان‌مدت دارند. از نظر تحصیلات، اکثریت شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی هستند که شامل ۱۹۰ نفر یا ۴۹ درصد از کل نمونه می‌شود. ۱۴۰ نفر (۳۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند و ۵۴ نفر (۱۴ درصد) دارای مدرک دکتری می‌باشند. این توزیع تحصیلی نشان‌دهنده تنوع در سطح تحصیلات افراد در این تحقیق است، به طوری که اکثر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد هستند.

به طور کلی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در این تحقیق نشان‌دهنده توزیع نسبتاً متوازن از نظر سن، تجربه کاری، تحصیلات و جنسیت است که می‌تواند به تحلیل دقیق‌تر نتایج کمک کند.

در ادامه، مدل تحقیق برازش شد. نتایج بررسی معناداری بارهای عاملی و ضرایب مسیر نشان می‌دهد که برخی مسیر ها حائز شرایط لازم نیستند (شکل ۱).

در ادامه، برای اینکه مدل تحقیق، همگن و مقادیر بار عاملی، مقادیر قابل قبولی باشند، گویه‌هایی که مقادیر بار عاملی بیرونی آنها کمتر از ۰/۷ بودند، حذف شدند. در ادامه، مدل تحقیق مجددا برازش شد (شکل ۲).

جدول ۲. نمونه‌ای از چگونگی شناسایی شواهد گفتاری و کدگذاری باز داده‌ها

مفاهیم (مضامین)	شواهد گفتاری (واحد معنی‌دار)
حکمرانی مشارکتی: مشارکت فعال بیماران، ارائه‌دهندگان خدمات، کارکنان و سایر ذینفعان در تصمیم‌گیری	➢ «همه آدم‌ها، چه دکترا و پرستارها، چه بیمارا و چه مردم عادی، باید توی اداره نظام سلامت مشارکت داشته باشن. اینجوری می‌تونه یه نظام سلامت قوی و کارآمد داشته باشیم که نیازهای همه رو برآورده کنه.»
حکمرانی مشارکتی: مشارکت فعال بیماران، ارائه‌دهندگان خدمات، کارکنان و سایر ذینفعان در تصمیم‌گیری.	➢ «همه کسایی که توی سیستم بهداشت و درمان نقش دارن، باید توی تصمیم‌گیری‌ها درباره این سیستم مشارکت داشته باشن.»
کیفیت مراقبت: ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا و مطابق با استانداردهای شناخته شده.	➢ «خدمات توی سیستم بهداشت و درمان باید با استانداردهای ملی و بین‌المللی، مطابقت داشته باشه.»

جدول ۳. خلاصه نتایج پژوهش حاضر در بخش تحلیل تم

تم اصلی	تم فرعی
اثربخشی	E1- دستیابی به اهداف و کیفیت خدمات
	E2-رضایت‌مندی بیماران
	E3-نوآوری و بهبود مستمر
	E4-پایش و ارزیابی مداوم
	E5-همکاری و مشارکت
کارایی	EF1-دیجیتال‌سازی و دسترسی به خدمات
	EF2-توسعه زیرساخت‌ها
	EF3-بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها
	EF4-مدیریت بهینه منابع
	EF5-بهینه‌سازی فرایندها و استفاده از فناوری
	EF6-زمان‌بندی و اجرای دقیق
	EF7-بهبود مستمر نظام سلامت‌ها
	EF8-بهره‌وری مالی
عدالت	J1-دسترسی برابر به خدمات
	J2-کاهش نابرابری‌ها
	J3-عدالت اجتماعی
	J4-حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر
	J5-تأمین مالی عادلانه
شفافیت و پاسخ‌گویی	T1-دسترسی عمومی به اطلاعات
	T2-شفافیت در تصمیم‌گیری
	T3-پاسخ گویی سریع
	T4-گزارش‌دهی منظم
	T5-ارزیابی عملکرد
	T6-مشارکت مردم در نظارت
	T7-شفافیت مالی
مشارکت	P1-مشارکت جامعه
	P2-مشارکت کارکنان
	P3-همکاری بین بخشی
	P4-مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری
قانون‌مندی	L1-رعایت قوانین و مقررات
	L2-انطباق با استانداردها
	L3-نظارت و ارزیابی قانونی
	L4-قانون‌گذاری مشارکتی
	L5-هماهنگی با نهادهای نظارتی
رهبری	LE1-رهبری استراتژیک
	LE2-الهام‌بخشی و انگیزش
	LE3-تصمیم‌گیری کارآمد
	LE4-پاسخ گویی و شفافیت در رهبری
	LE5-ایجاد فرهنگ سازمانی مثبت
	LE6-توسعه حرفه‌ای و آموزش رهبران
	LE7-توانمندسازی و تفویض اختیار

جدول ۴. مشخصات پاسخ‌دهندگان

متغیرهای جمعیت‌شناختی	سطوح متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۳۳۲	۸۵
	زن	۵۸	۱۵
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۲۵	۶
	۳۱-۳۵	۱۷۰	۴۴
	بالای ۳۶ سال	۱۸۹	۵۰
تجربه کاری	۵ تا ۱۰ سال	۶۷	۱۷
	۱۱ تا ۱۵ سال	۱۴۴	۳۶
	۱۶ تا ۲۰ سال	۱۱۵	۲۹
	۲۱ تا ۲۵ سال	۴۲	۱۰
	بالای ۲۶ سال	۱۶	۴
تحصیلات	کارشناسی	۱۹۰	۴۹
	کارشناسی ارشد	۱۴۰	۳۷
	دکتری	۵۴	۱۴

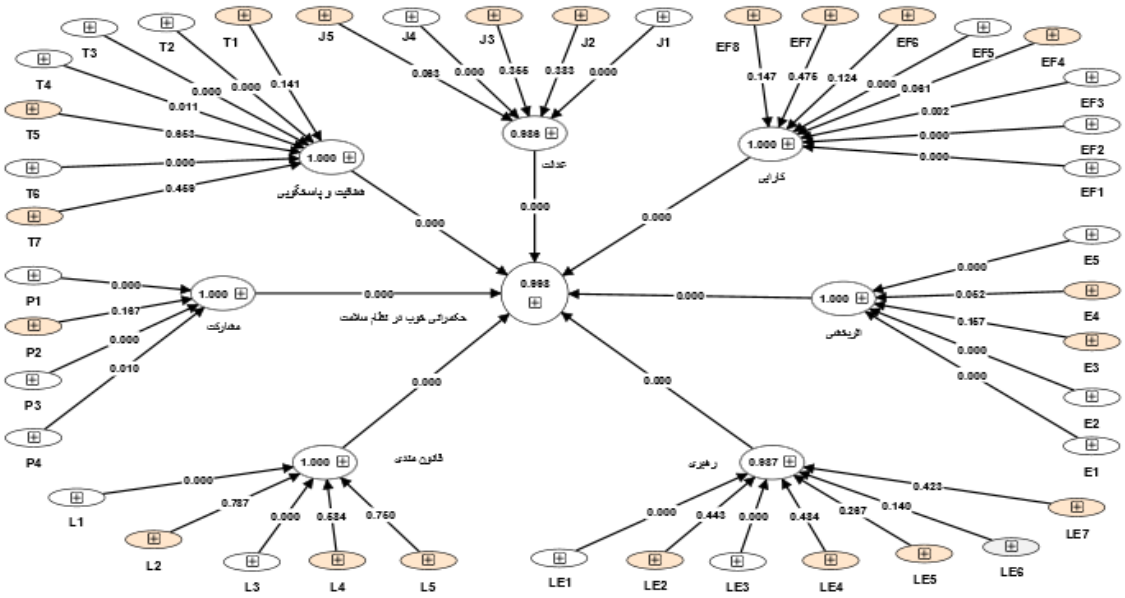
با توجه به مدل برازش داده شده، مقدار آماره t، برای تمامی مسیرها بیشتر از ۱/۹۶ و میزان احتمال آماره مذکور کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، در محدوده قابل قبول قرار می‌گیرد. بر همین اساس، با توجه به مدل برازش داده شده؛ ضرایب مسیر، انحراف استاندار، آماره T و مقدار احتمال (P) به صورت **جدول ۵** است.

با توجه به نتایج بدست آمده از آماره T، معنی‌دار بودن روابط متغیرهای مدل را نشان می دهد، زیرا مقدار احتمال این آماره کمتر از ۰/۰۵ است. به عبارت دیگر آزمون معنی‌داری ضرایب مسیر، نشان می‌دهد که همه مسیرها از نظر آماری، معنادار و اثر آن‌ها تأیید می‌شود.

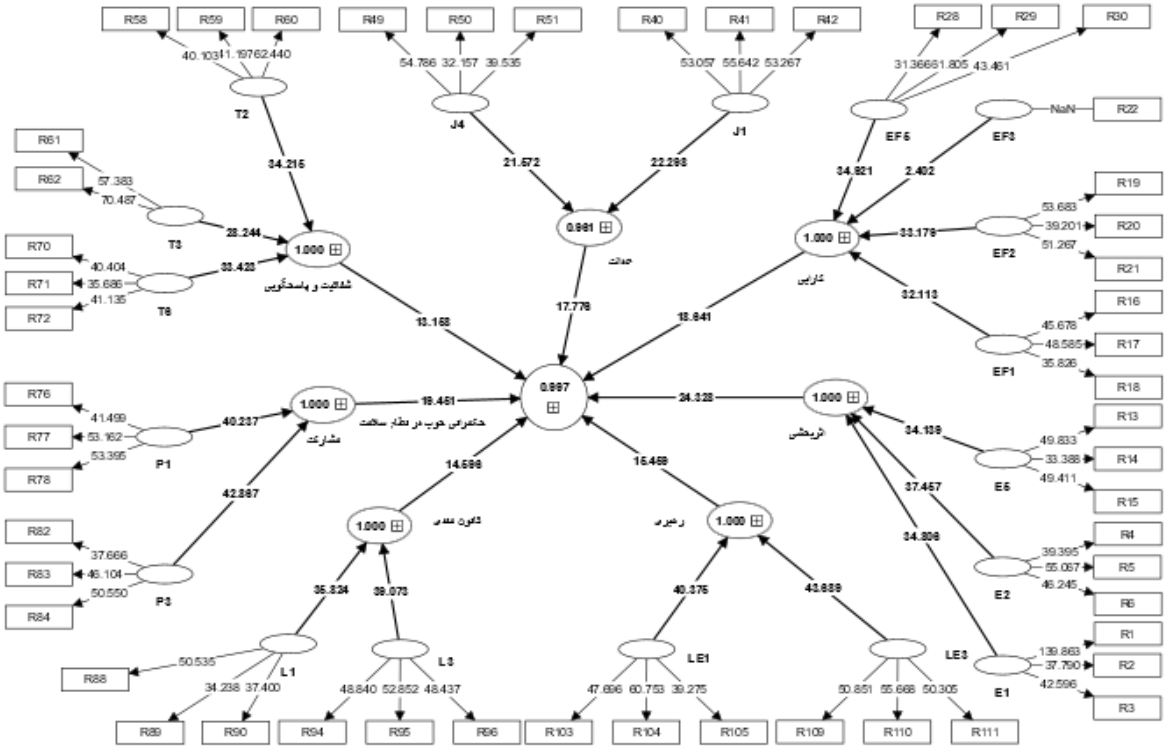
همچنین، برازش مدل‌های اندازه‌گیری از طریق سنجش بار عاملی و سه معیار آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی واگرا، انجام شد. ازآنجا که تمامی گویه‌ها دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۴، بودند، سؤالی حذف نگردید. مقادیر مربوط به آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی برای تمامی سازه‌ها، بالاتر از ۰/۷، بوده و نشان از پایایی مناسب مدل دارد. علاوه براین، روایی همگرا به بررسی میزان همبستگی هر سازه با متغیرهای (شاخص‌ها) خود می‌پردازد. معیار میانگین واریانس استخراج شده (AVE) محاسبه شده توسط نرم‌افزار PLS برای این منظور به کار می‌رود. مقدار مناسب برای AVE، ۰/۵ به بالا است. باتوجه نتایج که در جدول، ارئه شده است، پایایی ترکیبی (AVE)، همگی در بازه مربوطه قرارگرفته‌اند، می‌توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی و همگرایی روابط بیرونی مدل پژوهش را تأیید کرد.

در ادامه، مقادیر ضریب تعیین (R2) نیز بررسی گزارش شده است که برای سنجش آن، مقادیر ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ برای متغیرهای پنهان درون‌زا به ترتیب به عنوان مقادیر قوی، متوسط و ضعیف در نظر گرفته می‌شود.

با توجه به نتایج گزارش شـــده در جدول ۷ ضـــریب تعیین (R2)، در محدوده قابل قبول (قوی) قرار دارند. بنابراین، الگوی تحقیق از برازش لازم برخوردار اسـت. بر این اسـاس، مدل نهایی حکمرانی خوب در نظام سـلامت بصورت شکل ۳ رسم شد.



شکل ۱. آزمون اولیه مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد شده



شکل ۲. مدل برازش شده در حالت آماره T

جدول۵. نتایج اجرای مدل ساختاری

	ضرایب مسیر	انحراف استاندارد	آماره T	مقادیر احتمال	نتیجه
اثربخشی -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۲۰۷	۰/۰۰۸	۲۴/۳۲۸	۰/۰۰۱	تأیید
بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها -> کارآیی	۰/۰۲۷	۰/۰۱۱	۲/۴۰۲	۰/۰۱۸	تأیید
بهینه‌سازی فرایندها و استفاده از فناوری -> کارآیی	۰/۳۵۸	۰/۰۱۰	۳۴/۹۲۱	۰/۰۰۱	تأیید
تصمیم‌گیری کارآمد -> رهبری	۰/۵۴۷	۰/۰۱۳	۴۳/۶۸۹	۰/۰۰۱	تأیید
توسعه زیرساخت‌ها -> کارآیی	۰/۳۷۳	۰/۰۱۱	۳۳/۱۷۹	۰/۰۰۱	تأیید
حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر -> عدالت	۰/۵۱۰	۰/۰۲۴	۲۱/۵۷۲	۰/۰۰۱	تأیید
دسترسی برابر به خدمات -> عدالت	۰/۵۲۵	۰/۰۲۴	۲۲/۲۹۸	۰/۰۰۱	تأیید
دستیابی به اهداف و کیفیت خدمات -> اثربخشی	۰/۳۸۲	۰/۰۱۱	۳۴/۸۰۶	۰/۰۰۱	تأیید
دیجیتال‌سازی و دسترسی به خدمات -> کارآیی	۰/۳۵۲	۰/۰۱۱	۳۲/۱۱۳	۰/۰۰۱	تأیید
رضایت‌مندی بیماران -> اثربخشی	۰/۳۵۴	۰/۰۰۹	۳۷/۴۵۷	۰/۰۰۱	تأیید
رعایت قوانین و مقررات -> قانون مندی	۰/۵۱۴	۰/۰۱۴	۳۵/۸۲۴	۰/۰۰۱	تأیید
رهبری -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۳۰	۰/۰۰۸	۱۵/۴۵۹	۰/۰۰۱	تأیید
رهبری استراتژیک -> رهبری	۰/۵۱۲	۰/۰۱۳	۴۰/۳۷۵	۰/۰۰۱	تأیید
شفافیت در تصمیم‌گیری -> شفافیت و پاسخگویی	۰/۴۳۱	۰/۰۱۳	۳۴/۲۱۵	۰/۰۰۱	تأیید
شفافیت و پاسخگویی -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۱۷	۰/۰۰۹	۱۳/۱۵۸	۰/۰۰۱	تأیید
عدالت -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۶۴	۰/۰۰۹	۱۷/۷۷۵	۰/۰۰۱	تأیید
قانون مندی -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۳۲	۰/۰۰۹	۱۴/۵۹۶	۰/۰۰۱	تأیید
مشارکت -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۴۴	۰/۰۰۷	۱۹/۴۵۱	۰/۰۰۱	تأیید
مشارکت جامعه -> مشارکت	۰/۵۳۸	۰/۰۱۳	۴۰/۲۳۷	۰/۰۰۱	تأیید
مشارکت مردم در نظارت -> شفافیت و پاسخگویی	۰/۳۹۴	۰/۰۱۲	۳۳/۴۲۳	۰/۰۰۱	تأیید
نظارت و ارزیابی قانونی -> قانون‌مندی	۰/۵۵۴	۰/۰۱۴	۳۹/۰۷۳	۰/۰۰۱	تأیید
همکاری بین بخشی -> مشارکت	۰/۵۲۱	۰/۰۱۲	۴۲/۸۶۷	۰/۰۰۱	تأیید
همکاری و مشارکت -> اثربخشی	۰/۳۴۵	۰/۰۱۰	۳۴/۱۳۹	۰/۰۰۱	تأیید
پاسخ‌گویی سریع -> شفافیت و پاسخگویی	۰/۲۸۷	۰/۰۱۰	۲۸/۲۴۴	۰/۰۰۱	تأیید
کارآیی -> حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۱۵۱	۰/۰۰۸	۱۸/۶۴۱	۰/۰۰۱	تأیید

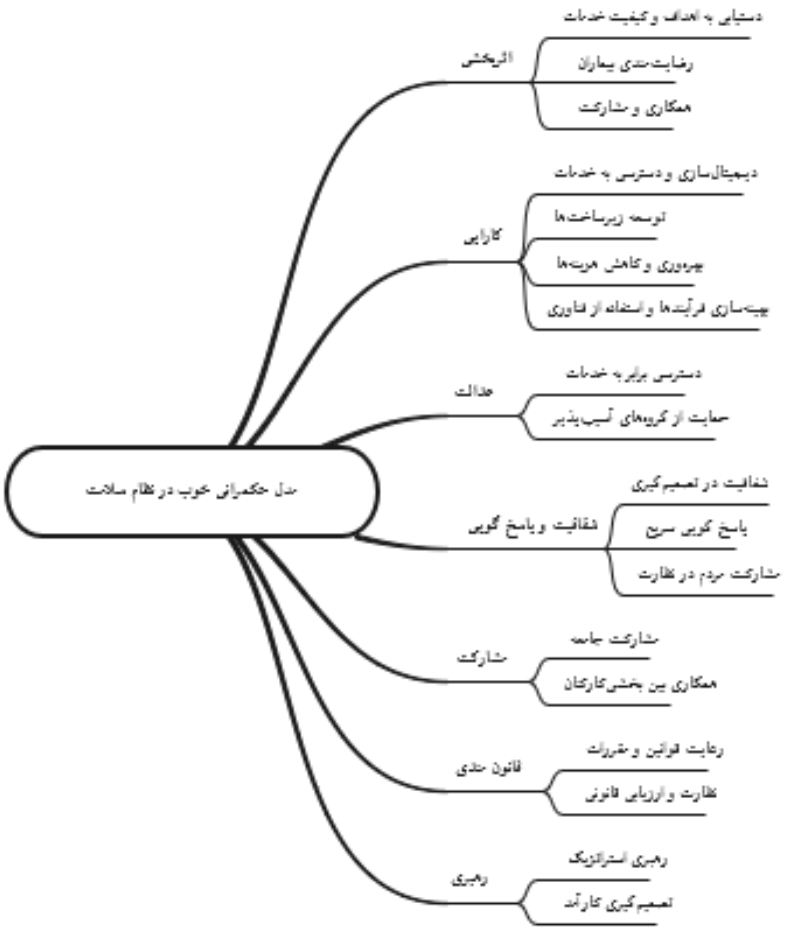
جدول ۶. برازش مدل‌های اندازه‌گیری

	آلفا کرونباخ (۰/۷<)	پایایی ترکیبی (۰/۷<)	روایی همگرا (۰/۵ <AVA)
اثربخشی	۰/۹۲۱	۰/۹۲۳	۰/۶۱۴
بهینه‌سازی فرایندها و استفاده از فناوری	۰/۷۶۴	۰/۷۶۷	۰/۶۸۰
تصمیم‌گیری کارآمد	۰/۸۱۹	۰/۸۱۹	۰/۷۳۴
توسعه زیرساخت‌ها	۰/۷۹۲	۰/۷۹۳	۰/۷۰۷
حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر	۰/۷۴۹	۰/۷۵۳	۰/۶۶۶
حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۹۸۲	۰/۹۸۳	۰/۵۶۶
دسترسی برابر به خدمات	۰/۸۱۴	۰/۸۱۵	۰/۷۲۹
دستیابی به اهداف و کیفیت خدمات	۰/۸۳۵	۰/۸۴۳	۰/۷۵۳
دیجیتال‌سازی و دسترسی به خدمات	۰/۷۵۷	۰/۷۵۸	۰/۶۷۳
رضایت‌مندی بیماران	۰/۷۹۰	۰/۷۹۱	۰/۷۰۵
رعایت قوانین و مقررات	۰/۷۵۰	۰/۷۵۱	۰/۶۶۷
رهبری	۰/۸۸۶	۰/۸۸۸	۰/۶۳۸
رهبری استراتژیک	۰/۷۸۱	۰/۷۸۴	۰/۶۹۶
شفافیت در تصمیم‌گیری	۰/۷۹۲	۰/۷۹۵	۰/۷۰۷
شفافیت و پاسخگویی	۰/۸۹۲	۰/۸۹۳	۰/۵۷۰
عدالت	۰/۹۱۵	۰/۹۱۷	۰/۵۹۵
قانون‌مندی	۰/۸۷۰	۰/۸۷۱	۰/۶۰۶
مشارکت	۰/۸۸۱	۰/۸۸۱	۰/۶۲۷
مشارکت جامعه	۰/۷۹۶	۰/۷۹۷	۰/۷۱۰
مشارکت مردم در نظارت	۰/۷۵۵	۰/۷۵۶	۰/۶۷۱
نظارت و ارزیابی قانونی	۰/۸۰۲	۰/۸۰۲	۰/۷۱۵
همکاری بین‌بخشی	۰/۷۸۰	۰/۷۸۰	۰/۶۹۵
همکاری و مشارکت	۰/۷۸۲	۰/۷۸۴	۰/۶۹۶

پاسخ‌گویی سریع	۰/۷۸۰	۰/۷۸۱	۰/۷۵۸
کارآیی	۰/۸۸۸	۰/۹۱۰	۰/۵۲۵

جدول ۷. نتایج ضریب تعیین (R2)

متغیرهای پنهان در مدل معادلات ساختاری	R	R^2
اثربخشی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
حکمرانی خوب در نظام سلامت	۰/۹۹۷	۰/۹۹۷
رهبری	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
شفافیت و پاسخگویی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
عدالت	۰/۹۶۲	۰/۹۶۲
قانون‌مندی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
مشارکت	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
کارآیی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰



شکل ۳. مدل حکمرانی خوب در نظام سلامت

بحث

مقاله حاضر، به شناسایی و مدل یابی عوامل مؤثر بر حکمرانی خوب در نظام سلامت در ایران پرداخت. عوامل مذکور مبتنی بر تحلیل نتایج مصاحبه‌ها با روش تحلیل تم، شناسایی و سپس، از طریق ابزار پرسشنامه و مدل‌سازی معادلات ساختاری با روش حداقل مربعات جزئی (PLS) اعتباریابی شد. نتایج نشان داد که مدل تحقیق از ابعاد و مؤلفه‌های متنوعی تشکیل شده است که هر یک به گونه‌ای متفاوت به حکمرانی خوب در نظام سلامت در ایران کمک می‌کنند. در این الگو، اثربخشی، کارآیی، عدالت، شفافیت و پاسخ‌گویی، مشارکت، قانون‌مندی، و رهبری به عنوان ابعاد کلیدی در مدل مطرح شده‌اند که در ادامه هر یک تحلیل و تبیین شده اند.

بعد اثربخشی با توجه به مؤلفه‌های «دستیابی به اهداف و کیفیت خدمات»، «رضایت‌مندی بیماران» و «همکاری و مشارکت» مورد تحلیل قرار گرفته است. دستیابی به اهداف و کیفیت خدمات نشان‌دهنده کارآمدی

خط‌مشی‌ها در برآوردن نیازهای سلامت جامعه و ارتقای کیفیت خدمات درمانی است. این مؤلفه از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا نشان‌دهنده تطابق نتایج واقعی با اهداف تعیین شده می‌باشد. رضایت‌مندی بیماران به عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های اثربخشی به جنبه‌های انسانی و اجتماعی خدمات بهداشتی تأکید دارد و از این حیث، می‌تواند نشانه‌ای از کارآیی خط مشی‌ها در بهبود تجربه بیماران باشد. همکاری و مشارکت نیز به عنوان مؤلفه‌ای مکمل، به تولنایی خط مشی‌ها در ایجاد هم‌افزایی بین بخش‌های مختلف و در نتیجه ارتقای سطح اثربخشی نظام سلامت توجه دارد.

در بعد کارآیی، مؤلفه‌های «دیجیتال‌سازی و دسترسی به خدمات»، «توسعه زیرساخت‌ها»، «بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها»، و «بهینه‌سازی فرآیندها و استفاده از فناوری» مورد توجه قرار گرفته‌اند. دیجیتال‌سازی و دسترسی به خدمات به ایجاد سامانه‌های آنلاین و بهبود دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی می‌پردازد که باعث افزایش سرعت و کارآیی خدمات می‌شود. توسعه زیرساخت‌ها نیز به ایجاد ظرفیت‌های لازم برای پاسخگویی به تقاضاهای رو به رشد جامعه اشاره دارد و به‌ویژه در دوران افزایش جمعیت و تغییرات اجتماعی-اقتصادی ضروری به نظر می‌رسد. بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها به مدیریت منابع محدود به بهترین شکل و نیز کاهش هزینه‌های غیرضروری توجه دارد، در حالی که بهینه‌سازی فرایندها و استفاده از فناوری به عنوان مولفه‌ای نوآورانه، فرصت‌هایی را برای استفاده از فناوری‌های مدرن جهت بهبود کارآیی فرایندهای خدمات بهداشتی فراهم می‌کند.

بعد عدالت با مؤلفه‌های «دسترسی برابر به خدمات» و «حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر» بر تلاش‌های نظام سلامت برای برقراری عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات تأکید دارد. دسترسی برابر به خدمات نشان‌دهنده توجه خط مشی‌ها به کاهش شکاف‌های جغرافیایی، اقتصادی و اجتماعی در دریافت خدمات بهداشتی است. همچنین حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر به ضرورت پشتیبانی از اقشار ضعیف‌تر جامعه اشاره دارد که ممکن است به دلیل محدودیت‌های مالی یا موقعیت‌های اجتماعی خاص نیازمند حمایت‌های ویژه‌ای باشند.

بعد شفافیت و پاسخ‌گویی با مولفه‌های «شفافیت در تصمیم‌گیری»، «پاسخ‌گویی سریع» و «مشارکت مردم در نظارت» به ضرورت افزایش اعتماد عمومی از طریق شفاف‌سازی فرایندهای تصمیم‌گیری و ایجاد پاسخ‌گویی نهادهای بهداشتی اشاره دارد. شفافیت در تصمیم‌گیری می‌تواند به بهبود اطلاعات‌رسانی و کاهش ابهامات در سیاست‌گذاری کمک کند، در حالی که پاسخ‌گویی سریع نشان‌دهنده آمادگی سازمان‌های بهداشتی در مقابله با مشکلات و چالش‌های جدید است. مشارکت مردم در نظارت نیز به تقویت نقش نظارتی جامعه و افزایش آگاهی عمومی از عملکرد نظام سلامت منجر می‌شود.

بعد مشارکت که شامل مؤلفه‌های «مشارکت جامعه» و «همکاری بین بخشی» است، بر لزوم مشارکت فعالانه مردم و نهادهای مختلف در بهبود و اجرای سیاست‌های بهداشتی تأکید دارد. مشارکت جامعه می‌تواند به افزایش حمایت اجتماعی از طرح‌ها و افزایش میزان پذیرش جامعه در اجرای سیاست‌ها کمک کند. همکاری بین بخشی نیز به ایجاد هماهنگی بین نهادهای مختلف و استفاده از منابع مشترک برای دستیابی به اهداف بهداشتی و درمانی اشاره دارد.

بعد قانون‌مندی با مؤلفه‌های «رعایت قوانین و مقررات» و «نظارت و ارزیابی قانونی» به انطباق سیاست‌ها و اقدامات نظام سلامت با چارچوب‌های قانونی و ضرورت پایبندی به استلنداردها و مقررات توجه دارد. رعایت قوانین و مقررات از جمله پیش‌شرط‌های کارآمدی خط مشی‌ها است که به پیشگیری از فساد و تضمین اجرای عادلانه سیاست‌ها کمک می‌کند. نظارت و ارزیابی قانونی نیز به اهمیت پایش مستمر عملکرد و تطبیق آن با استانداردها اشاره دارد.

سرانجام، بعد رهبری با مؤلفه‌های «رهبری استراتژیک» و «تصمیم‌گیری کارآمد» به اهمیت نقش رهبران در جهت‌دهی، هدایت و راهبری نظام سلامت می‌پردازد. رهبری استراتژیک به ایجاد چشم‌انداز و برنامه‌ریزی بلندمدت برای بهبود خدمات بهداشتی کمک می‌کند، در حالی که تصمیم‌گیری کارآمد از طریق اتخاذ تصمیم‌های مبتنی بر اطلاعات و مدیریت بهینه منابع می‌تواند به دستیابی به اهداف سیاست‌های سلامت منجر شود.

برای بررسی هم سویی تحقیقات قبلی با ابعاد و مؤلفه‌های تحقیق جاری، هر تحقیق در چارچوب ابعاد مورد بررسی قرار گرفت و میزان تطابق آنها را مشخص گردید. برای مثال، در بعد اثربخشی و شفافیت حکمرانی، مطالعات متعددی را می‌توان مرتبط دانست. محمدی و همکاران در پژوهشی کیفی با استفاده از نظریه داده‌بنیاد، به طراحی یک مدل پارادایمی خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت پرداخته‌اند (۱۶). این مقاله بر مؤلفه‌هایی چون مدیریت منابع انسانی، فرایندها و روش‌ها تمرکز دارد و همچنین راهبردهای مدیریتی شامل بهبود روش‌ها و مدیریت منابع را برجسته می‌سازد. این یافته‌ها با مؤلفه‌های اثربخشی همسو هستند، زیرا بر بهبود کارآمدی نظام سلامت تأکید دارند و از شاخص‌های شفافیت و حسابرسی به عنوان عناصر کلیدی حکمرانی استفاده کرده‌اند.

همچنین، رادفر و همکاران در پژوهش خود، به شاخص‌های حکمرانی خوب، از جمله پاسخگویی، مشارکت مردمی، و کنترل فساد پرداخته‌اند که به خوبی با ابعاد پاسخگویی و شفافیت تحقیق جاری و هم‌راستا بود (۱۰). این مقاله با بهره‌گیری از روش دلفی و مدل‌سازی ساختاری، به بررسی رابطه میان شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت افراد پرداخته است که ارتباط نزدیکی با بعد پاسخگویی در نظام سلامت دارد.

در پژوهش Ungki، مسائل کره جنوبی و چالش‌های حاکمیتی در حوزه نظام سلامت به دو دسته کنترل سازمانی و مالی تقسیم شده است که نشان می‌دهد چگونه کمبودهای مدیریتی و سیاست‌گذاری منجر به کاهش اعتماد در جامعه شده‌اند (۷). این مقاله با بررسی اثرات بازخورد خط‌مشی‌ها، به بعد اثربخشی در نظام حکمرانی می‌پردازد. همچنین، Ungki نشان داد که در صورتی که سیاست‌گذاری به درستی مدیریت نشود، به بی‌اعتمادی عمومی می‌انجامد (۷)؛ بنابراین، این مطالعه با بعد شفافیت و شفاف‌سازی در تصمیم‌گیری هم‌راستا بود.

تحقیق Alaref و همکاران نیز با تمرکز بر حکمرانی در شرایط بحران سوریه، به تحلیل چهار اصل مشروعیت، پاسخگویی، شفافیت، اثربخشی و کارآیی پرداخته است. یافته‌های این مطالعه در بررسی حاکمیت چندگانه در

شـرایط بحرانی نشـان می‌دهد که پاسـخگویی و شـفافیت در حکمرانی نظام سـلامت، در شـرایط بحرانی نیز اهمیت بالایی دارد (۱۷). لذا این مطالعه به طور مستقیم با ابعاد پاسخگویی، شفافیت و اثربخشی در تحقیق جاری همسو بود. در نهایت، پژوهش Marzouk و همکاران، در ارزیابی نظام‌های بهداشـتی در کشـورهای تحت تعارض، بر محدودیت‌ها و چالش‌های حکمرانی در این شـرایط تأکید دارد و پیشـنهاد می‌کند که از یک چارچوب مشـخص برای ارزیابی ظرفیت و انعطاف‌پذیری این نظام‌ها استفاده شود (۱۸).

در عین حال، این پژوهش نیز با توجه به محدودیت‌های موجود در محیط‌های متأثر از تعارض، با ابعاد انعطاف‌پذیری و پاسـخگویی در تحقیق جاری قابل تطبیق اسـت. تحقیق حاضـر با دو محدودیت اصـلی مواجه بود. نخسـت، جامعه آماری در بخش کیفی تنها شـامل خبرگان و مدیران حوزه نظام سـلامت بود که ممکن اسـت دیدگاه‌های سـایر ذینفعان، مانند بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات خط مقدم را منعکس نکرده باشد. دوم، به دلیل ماهیت پژوهش کیفی و اسـتفاده از نمونه‌گیری قضـاوتی، تعمیم‌پذیری نتایج به سـایر کشورها یا مناطق جغرافیایی با نظام‌های سلامت متفاوت محدود بود.

نتیجه‌گیری

بر اسـاس یافته‌های پژوهش و مدل ارائه شـده، پیشـنهاد می‌شـود که سـیاسـت‌گذاران حوزه سـلامت در جهت بهبود حکمرانی خوب در نظام سـلامت، بر تقویت شـاخص‌های کلیدی مدل تحقیق تمرکز کنند. از جمله این اقدامات می‌توان به بهبود شـفافیت در فرایندهای تصـمیم‌گیری، افزایش پاسـخگویی مدیران نظام سـلامت، و توسـعه مکانیسـم‌های نظارت و ارزیابی اشـاره کرد. همچنین، پیشـنهاد می‌شـود که مدیران و کارشـناسـان حوزه بهداشـت و درمان با اسـتفاده از ابزارهای تحلیل داده و فناوری‌های نوین، اثربخشـی سـیاسـت‌های سـلامت را بهبود بخشـند. از سـوی دیگر، نتایج این پژوهش می‌تواند مبنای طراحی برنامه‌های آموزشـی برای مدیران و کارکنان نظام سـلامت قرار گیرد تا با ارتقای دانش و مهارت‌های مرتبط با حکمرانی خوب، بهره‌وری و کیفیت خدمات افزایش یابد.

افزون بر این، پیشـنهاد می‌شود جامعه آماری به گروه‌های متنوع‌تری از ذینفعان، از جمله بیماران و گروه‌های خدماتی، گسـترش یابد تا دیدگاه جامع‌تری حاصل شود. همچنین، بررسی تأثیر عوامل خارجی مانند تغییرات اجتماعی- اقتصـادی یا بحران‌های جهانی، نظیر همه‌گیری‌ها، می‌تواند به غنای تحلیل‌ها و توسعه سیاست‌های سلامت منجر شود.

محدودیت ها

این پژوهش دارای چندین محدودیت اسـت که باید مورد توجه قرار گیرد. از نظر موضوعی، تحقیق حاضر صرفاً بر حکمرانی خوب در نظام سلامت تمرکز دارد و سـایر ابعاد مدیریتی و اجرایی این حوزه را پوشـش نمی‌دهد. از نظر مکانی، این پژوهش در چارچوب نظام سـلامت ایران انجام شـده و نتایج آن ممکن است به‌طور مستقیم به سایر کشورها تعمیم‌پذیر نباشد. از نظر زمانی، داده‌های پژوهش در یک بازه زمانی مشخص گردآوری شده‌اند و ممکن است تغییرات محیطی و سیاستی آینده بر نتایج تأثیر بگذارند.

سهم نویسندگان

طراحی، نگارش، ویرایش و گردآوری اطلاعات: داود شمسی نگارش، بررسی و تحلیل داده‌ها : محسـن محمدیان سـارویینگارش و بررسـی: خلیل علی محمدزاده، آزاده اشرفی.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Buse K, Mays N, Colombini M, Fraser A, Khan M, Walls H. Making health policy, 3e. London: Open University Press; 2023.
2. Kumar P. Assessment of Health System Governance in Empowered Action Group States in India. In: Mahapatro SR, Mishra US, Swain S. editors. Health Nutr Women Child Empower Action Group States India. 1st Ed. London, UK: Status Prog. 2023. p. 261.
3. Mitchell SL, Packard MD, Clark BB. Good governance, bad governance: A refinement and application of key governance concepts. Int J Bus Gov Ethics. 2023;17(4):471-94. **doi**: 10.1504/IJBGE.2023.132119
4. Hamra R, Siddiqi S, Carmel E, Ammar W. Assessing the governance of the health policy-making process using a new governance tool: the case of Lebanon. Health Res Policy Syst. 2020;18(1):66. **pmid**: 32539774 **doi**: 10.1186/s12961-020-00557-1
5. Kurtz MJ, Schrank A. Growth and governance: Models, measures, and mechanisms. J Polit. 2007;69(2):538-54. **doi**:10.1111/j.1468-2508.2007.00549.x
6. Ali J, Esmonde K, Agudelo-Londoño S, Jannat Z, Shrestha P, Torres-Quintero A,. "Digital benefit sharing" for non-communicable disease risk factor surveillance in low–and middle-income countries: implications for digital health governance. Policy Stud. 2025;1-18. **doi**: 10.1080/01442872.2025.2452437
7. Ungki J. The Politics of Health Policy Maintenance: The Formation of Health System Governance and Its Unravelling in South Korea [Thesis]. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University; 2023.
8. Schmitt T, Haarmann A, Shaikh M. Strengthening health system governance in Germany: looking back, planning ahead. Health Econ Policy Law. 2023;18(1):14-31. **pmid**: 35916237 **doi**: 10.1017/S1744133122000123
9. Jatmika S, Permana I, Koko OR, Salsabila AA. Good governance of health diplomacy: a new agenda of politics studies in Indonesia post COVID-19. Sociol Tecnociencia. 2021;11(2):215-42. doi:10.24197/st.2.2021.215-242
10. Radfar F, Afshar Nejad A, Amini Sabegh Z, Sadeh E. Presenting a model for the realization of good health governance in the Ministry of Health (Case study in Tehran University of Medical Sciences) [in Persian]. Iran J Polit Sociol. 2022;5(8):1610-25.
11. Mohamadieya H, Memarzadeh Tehrani G, Azimi P. Identifying and prioritizing good governance issues in the country's health system [In Persian]. Med Spirit Cultiv. 2022;31(2):141-29.
12. Islamic Consultative Assembly Research Center. Pathology of the laws of the first to sixth development plans in the field of health. [in Persian]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1747557.

13. Iran Health System Observatory. Monitoring the health system of the Islamic Republic of Iran [in Persian]. Available from: http://nihr.tums.ac.ir/.
14. Debie A, Khatri RB, Assefa Y. Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: a narrative review and synthesis of the literature. Health Res Policy Syst. 2022;20(1):50. doi: 10.1186/s12961-022-00858-7
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. **doi**: 10.1191/1478088706qp063oa
16. Mohammadi M, Mardani MR, Tootian S, Sadeh E. Presenting a Health System Policy Model Based on "the Second Phase of the Revolution" Statement [in Persian]. Qom Univ Med Sci J. 2023;16(12):980-93. doi: 10.32598/qums.16.12.1570.1
17. Alaref M, Al-Abdulla O, Al Zoubi Z, Al Khalil M, Ekzayez A. Health system governance assessment in protracted crisis settings: Northwest Syria. Health Res Policy Syst. 2023;21(1):88. **pmid**: 37649119 **doi**: 10.1186/s12961-023-01042-1
18. Marzouk M, Durrance-Bagale A, Lam ST. Health system evaluation in conflict-affected countries: a scoping review of approaches and methods. Confl Health. 2023;17(1):30. **pmid**: 37337225 **doi**: 10.1186/s13031-023-00526-9