

Designing a Causal-Disability Model of Good Governance Criteria in the Health System with an Emphasis on Empowering Managers¹

Rahimi F², Ali Mohammadzadeh KH³, Hosseini SM⁴

Abstract

Introduction: Good governance of the health system leads to better functioning of the health system and achieving better health outcomes for the people of the society, and considering the importance of empowering managers in the development of the health system, the current research seeks to design a causal model of good governance criteria in the health system with emphasis on training and empowering managers.

Methods: The research is descriptive-survey according to the type of method and practical according to the type of goal. The method of collecting information is library and field studies. The research criteria were extracted by reviewing the literature. The research community of experts in the field of health of the country and the sample were 10 experts in the field of health of the country who were selected by purposeful sampling. After screening criteria using Delphi questionnaire; Investigating the causal-disability relationships of the criteria with the Dimtel technique.

Results: The results showed; The criterion of strategic vision of managers is the most effective. The effectiveness criterion of managers also has a very high level of effectiveness. The criterion of allocating sufficient resources (financial, informational, physical resources) for the effective implementation of programs has the most interaction with other studied criteria.

Conclusion: Managers can improve and develop the health system by using empowerment. With long-term and short-term plans regarding the sustainable development of health in the form of the existence of freedom of expression and the right to express opinions, the existence of the necessary platforms for maximum participation in various sectors, the existence of appropriate and fair legal frameworks, the free circulation of information, it is possible to achieve this.

Keywords: Governance, Health system, Training, Empowering managers.

1- **Cite this article:** Rahimi, Frank; Alimohammadzadeh, Khalil; Hosseini, Seyed Mojtaba (1403). Designing a Causal-Disability Model of Good Governance Criteria in the Health System with an Emphasis on Empowering Managers. *Health Management*, 15(4): 119-133.

2- PhD student in Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), mehrara_q@yahoo.com

4- Professor, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

طراحی مدل علی - معلولی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران^۱

فرانک رحیمی^۲ / خلیل علی محمدزاده^۳ / سیدمجتبی حسینی^۴

چکیده

مقدمه: حکمرانی خوب نظام سلامت منجر به عملکرد بهتر نظام سلامت و دستیابی به نتایج سلامتی بهتر برای مردم جامعه می‌شود و با توجه به اهمیتی که بر آموزش توانمندسازی مدیران در توسعه نظام سلامت دارد، پژوهش حاضر به دنبال طراحی مدل علی - معلولی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران است.

روش پژوهش: پژوهش بر حسب نوع روش، توصیفی - پیمایشی و از لحاظ نوع هدف، کاربردی است. روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای و مطالعات میدانی می‌باشد. معیارهای پژوهش با مرور ادبیات استخراج شدند. جامعه پژوهش خبرگان حوزه سلامت کشور و نمونه نیز ۱۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت کشور بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از غربالگری معیارها با استفاده از پرسشنامه دلفی؛ به بررسی روابط علی - معلولی معیارها با تکنیک دیمتل پرداخته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد؛ معیار بینش استراتژیک مدیران از بیشترین تأثیرگذاری برخوردار است. معیار اثربخشی مدیران نیز از میزان تأثیرپذیری بسیار زیادی برخوردار است. معیار تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها بیشترین تعامل را با سایر معیارهای مورد مطالعه دارند و جایگاه معیارهای بعدی نیز به ترتیب عبارت است از؛ کارآمدی مدیران، شایستگی و شایسته‌سالاری، مشارکت جویی مراجعین، بینش استراتژیک مدیران، آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت، ایجاد فرصت‌های برابر برای پیشرفت کارکنان، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت، اثربخشی مدیران، کنترل فساد در بخش سلامت، ساده سازی قوانین کاری، مدیریت بحران، تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و حل مشکلات سلامت، قانون‌گرایی، شفاف سازی امور، پاسخگویی مدیر در برابر مسئولیت‌هایش.

نتیجه‌گیری: مدیران با استفاده از توانمندسازی می‌توانند برای بهبود و توسعه نظام سلامت اقدام کنند. با برنامه‌های بلندمدت و کوتاه مدت در خصوص توسعه پایدار سلامت در قالب وجود آزادی بیان و حق اظهارنظر، وجود بسترهای لازم برای مشارکت حداکثری در بخش‌های مختلف، وجود چارچوب‌های قانونی مناسب و عادلانه، گردش آزاد اطلاعات، تحقق این امر امکان‌پذیر است.

کلید واژه‌ها: حکمرانی، نظام سلامت، آموزش، توانمندسازی مدیران.

۱- استناد به این مقاله: رحیمی، فرانک؛ علی محمدزاده، خلیل؛ حسینی، سیدمجتبی (۱۴۰۳). طراحی مدل علی - معلولی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۵(۴): ۱۱۹-۱۳۳.

۲- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:

Alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir

۴- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

امروزه، از یک سو با توجه به نیازهای رو به رشد حوزه سلامت و از سوی دیگر کمبود بودجه و توان دولت‌ها برای ایجاد یا توسعه زیرساخت‌های لازم، از نظر بسیاری از سیاست‌گذاران، مسئله مشارکت ذینفعان دیگر یک انتخاب نیست، بلکه الزام است و با این دید، همه دولت‌ها باید در پی برطرف کردن چالش‌های فرآیند مشارکت باشند و موانع توسعه آن را از پیش رو بردارند[۱]. نظام سلامت شامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاست‌گذاری، تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تامین، حفظ و بقای سلامتی مردم، پاسخگویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در برابر هزینه‌های سلامت بر عهده دارد[۲]. نظام سلامت کشور شامل مجموعه‌ای از سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات است که نقش‌ها و وظایف ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند و روابط بین اجزای این نظام از طریق مقررات یا اسناد بالادستی تنظیم می‌شود. ساختار این نظام بر پنج مؤلفه اصلی مراجع بالادستی، مراجع سیاست‌گذاری نظارت، تامین مالی نظام سلامت، ارائه خدمت و خدمت‌گیرندگان و گروه‌های ذینفع استوار است. مقام معظم رهبری، بالاترین مرجع رسمی تصمیم‌گیری برای نظام سلامت هستند. در مراتب بعدی، هیأت وزیران و مجلس شورای اسلامی به تنظیم اسناد بالادستی برای مدیریت نظام سلامت می‌پردازند. سیاست‌های کلان نظام سلامت در قالب اسناد بالادستی توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده و یا توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و به دولت ابلاغ می‌شود. هیأت دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نیز بر اساس اسناد بالادستی به تهیه و تنظیم قوانین و مقررات پرداخته و یا قوانین بالادستی را اجرا می‌کنند[۳]. نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان با چالش‌های متعددی مواجه است. تامین مالی پایدار نظام سلامت، تامین نیروی انسانی متخصص، متعهد و بانگیزه برای بخش سلامت، استفاده کارآمد از منابع

سلامت، تسهیل دسترسی عادلانه و موثر مردم به خدمات سلامت و محافظت مالی از آنها در برابر هزینه‌های بالای خدمات سلامت و پایش و ارزشیابی نتایج سلامتی، همواره برای مدیران سلامت چالش برانگیز بوده است[۴]. بنابراین مکانیسمی برای مدیریت صحیح نظام سلامت باید انتخاب شود. سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۰۰ میلادی در قالب گزارش‌های مختلف سعی در تبیین اجزا و اهداف نظام سلامت داشته است. به مرور زمان سلامتی، پاسخگویی و محافظت مالی به عنوان اهداف اصلی نظام سلامت و دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت، پایداری و تاب‌آوری به عنوان اهداف فرعی نظام سلامت معرفی شدند. همچنین حکمرانی و رهبری، تامین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات، داروها و واکسن‌ها، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت به عنوان ساختارها و فرآیندهای مورد نیاز دستیابی به این اهداف شدند[۵]. حکمرانی نظام سلامت یکی از کارکردهای بسیار مهم نظام سلامت است که دستیابی به اهداف اصلی و فرعی آن را ممکن می‌سازد. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی مفهوم حکمرانی عبارت است از؛ رهبری و حکمرانی شامل تضمین وجود چارچوب‌های خط مشی استراتژیک و همراه با نظارت مؤثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخگویی[۶]. یک نظام سلامت عمومی خوب و قابلیت‌های حکمرانی، تضمین‌های مهمی برای سلامت ملی و توسعه اقتصادی و همچنین یک سیستم حمایتی مهم برای پاسخگویی به شرایط اضطراری بهداشت عمومی است[۷]. حکمرانی خوب مفهومی است که به عنوان کلید معمای توسعه در دنیای پیچیده و مدیریت نوین امروز مطرح است[۸]. حکمرانی خوب نوعی از تصمیم‌گیری و اجراست که ویژگی‌های عدالت، اطاعت از قانون، مشارکت، اجماع، شفافیت، اثربخشی و کارایی، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی را دربردارد. در تعریفی که توسط هونگ[۹] ارائه شده است، حکمرانی خوب به فرآیند اداره عمومی اشاره دارد که منافع عمومی را به حداکثر می‌رساند و یکی از ویژگی‌های

دیمتل» پرداختند. این پژوهش برحسب هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها و اطلاعات در حیطه پژوهش‌های کمی و پیمایشی قرار می‌گیرد. در این پژوهش ابتدا شاخص‌های حکمرانی خوب بانک جهانی یعنی شفافیت، پاسخگویی، کنترل فساد، مشارکت، کیفیت مقررات و اثربخشی نقش‌ها و وظایف استخراج شد. همچنین از شاخص‌های برنامه وزیر پیشنهادی برای ارائه به مجلس و سند ملی بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه در این زمینه نیز استفاده شد. داده‌های موردنیاز پژوهش از طریق پرسشنامه که بین ۱۵ خبره توزیع گردیده بود، جمع‌آوری شد. در نهایت برای انجام تحلیل‌ها از روش تحلیل شبکه‌ای ANP و بهره‌گیری از روش دیمتل و نرم‌افزار سوپردیسیژن جهت تعیین وزن، اهمیت عوامل، اولویت‌بندی شاخص‌ها و تأثیرگذاری و تأثیرپذیری شاخص‌ها استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه شفافیت با وزن ۰/۳۱۲ رتبه اول، پاسخگویی با وزن ۰/۱۸۹ رتبه دوم و کنترل فساد با وزن ۰/۱۷۲ رتبه سوم را در میان مؤلفه‌های حکمرانی خوب در بخش بهداشت و درمان کسب کرده‌اند. همچنین مؤلفه‌های شفافیت، پاسخگویی، کیفیت مقررات و کنترل فساد تأثیرگذاری آن‌ها از تأثیرپذیری آن‌ها بیشتر است. در تحقیقی دیگر؛ محمدی‌ها و همکاران [۷] موضوع «شناسایی و اولویت‌بندی امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور» را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش، از نظر هدف کاربردی - توسعه‌ای است. پس از بررسی مبانی نظری و تحقیقات پیشین، امور حکمرانی نظام سلامت شناسایی شدند. سپس با بهره‌گیری از روش دلفی فازی و نظرخواهی از ۱۳ نفر از خبرگان که به صورت هدفمند انتخاب شدند، متغیرها نهایی طراحی شد. نهایتاً به منظور اعتبارسنجی مدل، از ۱۶۹ نفر از مدیران بخش سلامت در شهرستان تهران با ابزار پرسشنامه نظرخواهی شد و داده‌ها با روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار Smart PLS تحلیل گردید. بر اساس یافته‌ها، برای امور حاکمیتی، راهبردهای جهت‌گیری استراتژیک، تولید متوازن و

اساسی آن این است که نوعی مدیریت مشارکتی در زندگی عمومی است که توسط دولت و شهروندان انجام می‌شود و ارتباط جدیدی بین دولت سیاسی و جامعه مدنی، همچنین وضعیت مطلوب این دو انجام می‌شود. شیوه‌های مناسب حکمرانی خوب در ارائه خدمات مهم‌ترین جنبه‌هایی هستند که می‌توانند وضعیت سلامت و رفاه شهروندان به خصوص افراد کم‌برخوردار را بهبود بخشند [۱۰]. تحقق حکمرانی خوب و توسعه سلامت از اهداف اصلی‌ها دولت محسوب می‌شود. قطعاً بدون حاکمیت قانون، شفافیت، پاسخگویی، دموکراسی و مشروعیت دولت‌ها، مسیر سلامت با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌شود. نظام‌های سلامت نقش مهمی در ارتقاء، حفظ و بازتوانی سلامت مردم داشته و با عملکرد خوب و با استفاده بهینه از منابع در دسترس، دستیابی به وضعیت بهینه سلامت را ممکن می‌سازند. توجه به شاخص‌های حکمرانی نظام‌های سلامت از سوی دولت بیش از آنچه نتایج اقتصادسنجی و آماری نشان دهد، بر متغیرهای واقعی بخش سلامت و بروندهای بخش سلامت اثر داشته است که این امر باعث کاهش نرخ مرگ و میر و بالتبع آن افزایش امید به زندگی در بدو تولد می‌گردد [۱۱]. حکمرانی و رهبری در توسعه‌ی سلامت برای دستیابی به اهداف سلامت ملی از اهمیت بسیاری برخوردار هستند. اهمیت حکمرانی در نظام‌های سلامت از این واقعیت بدیهی نشأت می‌گیرد که بیشتر مفهوم سازی‌ها و توصیف‌های نظام‌های سلامت توسعه یافته در یک دهه‌ی گذشته از جنبه‌های حکمرانی صحبت می‌کند، چه از نظر تولید، مقررات، نظارت و یا خود حکمرانی [۱۲].

با توجه به نقش حکمرانی خوب به عنوان عامل کلیدی برای اثربخشی توسعه و تأثیر کلیدی آن بر گسترش و بهبود شاخص‌های بخش سلامت، تحقیقات متعددی در این زمینه صورت گرفته است. از میان تحقیقات داخلی؛ رجائی و همکاران [۱۱] در تحقیقی به بررسی موضوع «شناسایی و اولویت‌بندی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در بخش بهداشت و درمان با روش‌های تحلیل شبکه‌ای و

یکپارچه، ارزش‌مداری و اخلاق‌گرایی، مدیریت بهینه منابع مالی، ارتقای سلامت اداری و توسعه منابع دانشی، برای امور قراردادی راهبردهای توسعه دانش فنی، توسعه بستر اجرایی و عملیاتی و مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و برای امور مشارکتی، راهبرد توسعه مشارکت ذینفعان، شناسایی گردید. همچنین، کلیه امور شناسایی شده با روش تحلیل عاملی تأیید شدند و مقدار ضریب تعیین برای امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی به ترتیب ۰/۶۷۴، ۰/۶۰۵، ۰/۵۵۱ محاسبه گردید که مقادیری مناسب است. از میان تحقیقات خارجی نیز؛ تجایجا و همکاران [۱۳] به بررسی تحقیقی با موضوع «حکمرانی خوب بیمارستان در بیمارستان اندونزی» پرداختند. آنها بیان می‌کنند که اجرای سیاست‌های مدیریت بیمارستان خوب باید با تعهد همه طرف‌ها (تعهد مالکان، مدیران، مدیریت، کارکنان) در بیمارستان پشتیبانی شود. همچنین همه کارکنان برای تحقق حکمرانی خوب بیمارستانی و استقرار یک سازمان مؤثر باید در اجرای اصول شفافیت، پاسخگویی، استقلال و مسئولیت، برابری و انصاف کوشا باشند. هونگ [۹] نیز در تحقیقی دیگر؛ به بررسی موضوع «مسائل حکمرانی در تأمین مالی در بخش سلامت» پرداخت. وی با تحلیل در بین چند ملیت و ۱۰۱ کشور به این نتیجه رسید که کیفیت حکمرانی تأثیر معناداری بر تأمین مالی در بخش بهداشت و درمان کشورها دارد.

متأسفانه در سال‌های اخیر مدیران با همه منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی و ... که در اختیار داشته‌اند نتوانسته‌اند نیازهای جامعه را مرتفع کنند. برای رسیدن به نتایج مطلوب در سیاست‌های نظام سلامت، ارتقای حکمرانی موجود به حکمرانی خوب و آموزش و پرورش، توانمندسازی، شناسایی، انتخاب و انتصاب حکمران خوب برای اجرای موفق سیاست‌ها و برنامه‌ها الزامی است. توانمندسازی مدیران را می‌توان یکی از مهمترین عوامل برای هرچه کارآمدتر نمودن کارکنان و سازمان برشمرد. آموزش و توانمندسازی مدیران یکی از تکنیک‌های مؤثر برای ارتقای بهره‌وری کارکنان و استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و توانایی‌های آنان در زمینه

ی اهداف سازمانی است و به دلیل کارکردهای بالقوه و مفید در سازمان، مانند افزایش تعهد، تصمیم‌گیری بهتر، بهبود کیفیت ارائه خدمت، خلاقیت و نوآوری و افزایش رضایت شغلی، راهبرد مهمی به شمار می‌آید. عده‌ای از صاحب‌نظران، توانمندسازی مدیران در سیستم سلامت را مجموعه‌ای از سیستم‌ها، روش‌ها و اقداماتی می‌دانند که در راستای توجه به هدف‌های سازمان، قابلیت و شایستگی افراد را برای بهبود و افزایش بهره‌وری، بالندگی و رشد و شکوفایی سازمان و نیروی انسانی توسعه می‌دهند. بدیهی است از عواملی که باعث موفقیت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود، وجود مدیران توانمند می‌باشد. به گونه‌ای که ارتقای این توانمندی‌ها می‌تواند در هدایت صحیح منابع و بهره‌گیری حداکثری از آن مؤثر باشد [۱۴]. نظام سلامت نقش مهمی در ارتقاء حفظ و بازتوانی سلامت مردم دارند و با عملکرد خوب و با استفاده بهینه از منابع در دسترس، دستیابی به وضعیت بهینه سلامتی را ممکن می‌سازند. با توجه به اهمیت وضعیت سلامت و مؤلفه‌های حکمرانی خوب در این بخش که منجر به ایجاد انگیزه برای اصلاحات در نظام سلامت، ارتقاء هماهنگی و نظارت در بین بازیگران نظام سلامت می‌شود، این نوع حکمرانی باعث تأثیر هر چه بیشتر و بهتر بر اثربخشی هزینه‌های دولتی در بخش بهداشت، کاهش فساد و بهبود وضعیت بروکراسی در نهادهای اجرایی، نیز می‌شود. از اینرو در پژوهش حاضر محقق درصدد پاسخ به این سؤال است؛ مدل علی - معلولی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران چگونه است؟

از اینرو اهداف پژوهش به شرح زیر است؛

شناسایی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران.
بررسی روابط علی - معلولی معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران.

روش پژوهش

تحقیق پیش رو؛ بر حسب نوع روش، توصیفی-پیمایشی و از لحاظ نوع هدف، کاربردی است. روش گردآوری اطلاعات مبتنی بر روش‌های اسنادی (کتابخانه‌ای)، و مطالعات میدانی می‌باشد. معیارهای پژوهش با مرور ادبیات استخراج شده و در جدول ۱ ذکر شده است. جامعه پژوهش خبرگان حوزه سلامت کشور بودند. نمونه پژوهش نیز تعداد ۱۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت کشور بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه‌های پژوهش نیز شامل پرسشنامه‌های دلفی و دیمتل بود که در میان خبرگان توزیع شد. در نهایت نیز پس از غربالگری معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران با استفاده از پرسشنامه دلفی و نظرسنجی از خبرگان؛ به بررسی روابط علی - معلولی میان آنها با استفاده از تکنیک دیمتل پرداخته شد. (جدول ۱)

یافته‌ها

در ابتدا معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران با استفاده از تکنیک دلفی و نظرسنجی از خبرگان غربال شدند. طبق این تکنیک، نخست در میان اعضای گروه که شامل ۱۰ نفر از خبرگان بودند، پرسشنامه غربالگری پخش شد. امتیازات تخصیص داده شده بین ۱ تا ۵ می‌باشد و شاخص‌های با امتیاز زیر ۴ حذف شدند. تکنیک دلفی در ۳ راند ادامه یافت. بدن ترتیب که در راند نخست تکنیک دلفی معیارهای؛ جهت دهی مناسب و هدفمند منابع، تقویت مدیران، تعیین بسته جامع خدمات بهداشتی - درمانی، گسترش فرهنگ اخلاق مداری در کارکنان، ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه‌ای و بین سازمانی امتیازی کمتر از ۴ کسب نموده و حذف شدند. همچنین «کنترل فساد در بخش سلامت» و «ساده سازی قوانین کاری» نیز به عنوان دو معیار پیشنهادی از جانب خبرگان به مجموعه معیارهای باقیمانده از راند اول اضافه شده، وارد راند

دوم شده و مجدداً مورد نظرسنجی قرار گرفتند. در راند دوم تمامی معیارها امتیازی بیشتر از ۴ کسب نموده و جهت بررسی هماهنگی نظرات خبرگان، وارد راند سوم دلفی شده و مجدداً مورد نظرسنجی قرار گرفتند. در راند سوم نیز تمامی معیارها امتیازی بیشتر از ۴ کسب نمودند. در نهایت با محاسبه ضریب توافق کندال، تکنیک دلفی در راند سوم و با دستیابی به ۱۷ معیار متوقف گردید. نتایج حاصل از ضریب توافق کندال در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد. به‌طور کلی این ضریب بین ۰ (عدم اتفاق نظر کامل) تا ۱ (وحدت نظر کامل) می‌باشد. واضح است هر چه مقدار W به یک نزدیک باشد، نشانگر توافق و هر چه به صفر نزدیک باشد، نمایانگر عدم توافق است. مطابق با نتایج حاصل از جدول ۲ مقدار آماره کندال نشان می‌دهد که ضریب توافق کندال در راندها بین ۰/۷ تا ۰/۹ بوده و مطلوب است و هماهنگی بین دیدگاه‌ها وجود دارد. (جدول ۲)

همچنین افزایشی در توافق صورت نگرفته است. به عبارتی دیگر چون میزان افزایش ضریب توافق کندال در راندهای اول تا سوم، مقدار بسیار کم و ناچیزی می‌باشد؛ می‌توان گفت هماهنگی بین دیدگاه‌ها وجود دارد و فرایند نظرخواهی باید متوقف شود. مقدار معناداری نیز ۰/۰۰۰/۰ محاسبه شده است که نشان می‌دهد ضریب هماهنگی مشاهده شده معنادار است. در نتیجه تکنیک دلفی با وجود هماهنگی میان نظرات خبرگان در راند سوم متوقف شده است. در نتیجه معیارهای پژوهش به همراه نماد مطابق با جدول ۳ می‌باشند. (جدول ۳)

در ادامه، برای انعکاس ارتباطات متقابل میان معیارها از تکنیک دیمتل استفاده شده است. به طوری که متخصصان قادرند با تسلط بیشتری به بیان نظرات خود در رابطه با اثرات (جهت و شدت اثرات) میان عوامل بپردازند. ماتریس ارتباط مستقیم (M) را مطابق با جدول ۴ تشکیل شده است. (جدول ۴)

در گام دوم و پس از محاسبه جمع تمامی سطرها و ستون‌ها، بزرگترین عدد ۴۲ بدست است و تمامی مقادیر بر معکوس این عدد ضرب شد تا مطابق با

جدول ۵، ماتریس نرمال بدست آید. (جدول ۵)
 در گام سوم؛ پس از تشکیل ماتریس همانی (I)، آنرا منهای ماتریس نرمال کرده و ماتریس حاصل معکوس شده است. در نهایت ماتریس نرمال در ماتریس معکوس ضرب شدتا مطابق با جدول ۶، ماتریس ارتباط کامل بدست آید. (جدول ۶)
 در گام چهارم با محاسبه ی میانگین ماتریس مقادیر ماتریس T، شدت آستانه بدست آمده و بعد از آن تمامی مقادیر ماتریس T که کوچکتر از آستانه بود صفر حذف شد؛ یعنی آن رابطه علی در نظر گرفته نشد. مطابق با جدول ۶، شدت آستانه برابر با ۰/۶۹ بدست آمد. محاسبات مربوط به این گام در جدول ۷ آورده شده است و در نهایت الگوی روابط علی بین معیارها در جدول ۸ ارائه شده است. همچنین الگوی روابط علی بین معیارها بصورت شماتیک در شکل ۱ ارائه شده است. (جداول ۷ و ۸) (شکل ۱)
 در جدول (۸) جمع عناصر هر سطر (D) نشانگر میزان تاثیرگذاری آن معیار بر دیگر معیارهای مدل است. براین اساس معیار بینش استراتژیک مدیران از بیشترین تاثیرگذاری برخوردار است و معیارهای تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف سلامت و حل مشکلات سلامت، تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها، آموزش برنامه‌ها، آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت از نوع علی و شفاف سازی امور، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت، مدیریت بحران، شایستگی و شایسته سالاری، اثربخشی مدیران، مشارکت جویی مراجعین، کارآمدی مدیران از نوع معلول هستند. نمای گرافیکی الگوی روابط معنی دار معیارها نیز در شکل ۲ ارائه شده است. (شکل ۲)

بحث و نتیجه‌گیری

نظام سلامت مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارند. نظام سلامت نقش مهمی در ارتقا، حفظ و بازتوانی سلامت مردم دارند و با عملکرد خوب و با استفاده بهینه از منابع در دسترس، دستیابی به وضعیت بهینه سلامتی را ممکن می‌سازند. حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر تداخل وظایف بخش سلامت با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، اجرای ناقص ساختار مصوب وزارت بهداشت،

جدول ۵، ماتریس نرمال بدست آید. (جدول ۵)
 در گام سوم؛ پس از تشکیل ماتریس همانی (I)، آنرا منهای ماتریس نرمال کرده و ماتریس حاصل معکوس شده است. در نهایت ماتریس نرمال در ماتریس معکوس ضرب شدتا مطابق با جدول ۶، ماتریس ارتباط کامل بدست آید. (جدول ۶)
 در گام چهارم با محاسبه ی میانگین ماتریس مقادیر ماتریس T، شدت آستانه بدست آمده و بعد از آن تمامی مقادیر ماتریس T که کوچکتر از آستانه بود صفر حذف شد؛ یعنی آن رابطه علی در نظر گرفته نشد. مطابق با جدول ۶، شدت آستانه برابر با ۰/۶۹ بدست آمد. محاسبات مربوط به این گام در جدول ۷ آورده شده است و در نهایت الگوی روابط علی بین معیارها در جدول ۸ ارائه شده است. همچنین الگوی روابط علی بین معیارها بصورت شماتیک در شکل ۱ ارائه شده است. (جداول ۷ و ۸) (شکل ۱)
 در جدول (۸) جمع عناصر هر سطر (D) نشانگر میزان تاثیرگذاری آن معیار بر دیگر معیارهای مدل است. براین اساس معیار بینش استراتژیک مدیران از بیشترین تاثیرگذاری برخوردار است و معیارهای تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف سلامت و حل مشکلات سلامت، تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها، آموزش برنامه‌ها، آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت از نوع علی و شفاف سازی امور، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت، مدیریت بحران، شایستگی و شایسته سالاری، اثربخشی مدیران، مشارکت جویی مراجعین، کارآمدی مدیران از نوع معلول هستند. نمای گرافیکی الگوی روابط معنی دار معیارها نیز در شکل ۲ ارائه شده است. (شکل ۲)

در همین راستا پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد؛ پیشنهاد می‌شود در مورد مسائل مختلف مسئولان در فرصت مناسب به خواسته‌های جامعه و ابهامات موجود پاسخگو باشند و منطق و استدلال‌های خود برای انجام یا عدم انجام آن اقدامات را به مردم بگویند. پیشنهاد می‌شود با برقراری گردش آزاد اطلاعات در سازمان، سهولت دسترسی به اطلاعات در سازمان، اطلاع‌رسانی مستمر به کارکنان، شفافیت بالای عملکرد کارکنان، تضمین جریان آزاد و شفاف اطلاعات موردنیاز سرمایه‌گذار و قابلیت دسترسی سهل و آسان به آن برای همه در سازمان راهکارهای مناسب برای مبارزه با فساد در بخش سلامت فراهم گردد. نیروی انسانی فعال در بخش سلامت باید مورد توجه قرار گیرد و ضمن توانمندسازی آنها، نیازهای مادی و معنوی آنها به طور منصفانه‌ای مرتفع شود. لازم الاجرا کردن انتخاب و انتصاب حکمران خوب در تمامی سطوح مدیریتی. سیاست‌گذاران نظام سلامت باید به تقویت اجزای حکمرانی نظام سلامت شامل سیاستگذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازماندهی، تولید و کنترل بپردازند. هم‌چنین پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده که عبارتند از؛ محدودیت زمانی پژوهش و مقطعی بودن جمع‌آوری داده‌ها. پیچیده بودن فرآیند ارتباط با خبرگان و کسب نظرات آنها.

شفاف نبودن مسئول‌ها، اختیارات و سطوح پاسخگویی افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت، عدم توجه به همه عوامل مؤثر بر سلامتی، ناکارآمدی سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و ناکارآمدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه است. مسئولان نظام سلامت باید برنامه‌های بلندمدت و کوتاه مدت را در خصوص توسعه پایدار سلامت در قالب وجود آزادی بیان و حق اظهارنظر، وجود بسترهای لازم برای مشارکت حداکثری در بخش‌های مختلف، وجود چارچوب‌های قانونی مناسب و عادلانه و هم‌چنین اهرم‌های نظارت بر اجرای عادلانه و برابر نظام سلامت داشته باشند. از طرفی وجود گردش آزاد اطلاعات در بخش بهداشت و درمان منجر به شفافیت بالا و تضمین جریان آزاد و شفاف اطلاعات می‌گردد. در حکمرانی خوب همه افراد باید از فرصت‌های برابر برخوردار باشند و وجود فرآیندهای مناسب باعث افزایش کارایی و اثربخشی در بخش بهداشت و درمان می‌گردد. حکمرانی خوب منجر به تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مناسب، هماهنگی و مشکلات درست درون بخشی و برون بخشی، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می‌شود که دستیابی به اهداف نظام سلامت را ممکن می‌سازد. کیفیت حکمرانی بر ظرفیت و توانایی نظام سلامت برای ارائه خدمات سلامت باکیفیت، ایمن و اثربخش تأثیر می‌گذارد و منجر به پایداری نظام سلامت خواهد شد. بخش سلامت، بهداشت و درمان، سایر نمایندگی‌های دولتی، بخش خصوصی ذیربط، سازمان‌های مدنی مردم نهاد و سایر نهادهای ذیربط در قبال سلامت مردم، بصورت زنجیره وار متصل به هم بوده و در پرتو حکمرانی خوب در بخش سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران نیل به هدف سلامت برای همه امکان پذیر می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش محمدی‌ها و همکاران [۷]، خسروی و همکاران [۴]، آزادیان [۱۰]، ناهمسو و با یافته‌های پژوهش تجایجا و همکاران [۱۳]، شاه و منگی [۱۵] همسو می‌باشد.

جدول ۱- معیارهای حکمرانی خوب در نظام سلامت با تأکید بر آموزش توانمندسازی مدیران مستخرج از ادبیات پژوهش

Table 1- The criteria of good governance in the health system with an emphasis on the empowerment training of managers extracted from the research literature.

منبع	شاخص‌ها
باقرزاده و همکاران (۱۶)	بینش استراتژیک مدیران
Mosadeghrad AM, Janbabaie G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H (۲) (۱۷) Lopez IM, Wyss K, Savigny D باقرزاده و همکاران (۱۶)	شفاف سازی امور
خسروی و همکاران (۴)	تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و حل مشکلات سلامت
آزادیان (۱۴۰۱) (۱۷) Lopez IM, Wyss K, Savigny D	پاسخگویی مدیر در برابر مسئولیت‌هایش
باقرزاده و همکاران (۱۶) خسروی و همکاران (۴)	اثربخشی مدیران
محمدی‌ها و همکاران (۷)	انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت
خسروی و همکاران (۴) محمدی‌ها و همکاران (۷)	تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها
(۱۸) Bartolini, David & Ssantolini, Raffella	مشارکت جویی مراجعین
Sheikh A, Sriram V, Rouffy B, Lane B, (۱۹) Soucat A, Bigdeli M	مدیریت بحران
باقرزاده و همکاران (۱۶)	تقویت مدیران
Vahidi Dastjerdi M, Amiri A, Majdzadeh SR, Emadi SA, Ghadyani Ghraghani AR (۲۰)	تعیین بسته جامع خدمات بهداشتی-درمانی
محمدی‌ها و همکاران (۷)	آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت
Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U, et al (۲۱)	جهت دهی مناسب و هدفمند منابع
باقرزاده و همکاران (۱۶) خسروی و همکاران (۴)	کارآمدی مدیران
Mangi, Shahnawaz. & Shah, Naimatullah (۱۵)	ایجاد فرصت‌های برابر برای پیشرفت کارکنان
باقرزاده و همکاران (۱۶)	قانون گرایی
محمدی‌ها و همکاران (۷)	توسعه سیستم‌های مدیریت دانش سلامت
محمدی‌ها و همکاران (۷)	گسترش فرهنگ اخلاق مداری در کارکنان
محمدی‌ها و همکاران (۷)	ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی
باقرزاده و همکاران (۱۶)	شایستگی و شایسته سالاری

جدول ۲- ضریب توافق کندال

Table 2- Kendall's coefficient of agreement

مقدار معناداری	ضریب کندال	تعداد کارشناسان	
./۰۰۰	۰,۷۳۱	۱۰	راند اول
./۰۰۰	۰,۷۴۶	۱۰	راند دوم
./۰۰۰	۰,۷۵۹	۱۰	راند سوم

جدول ۳ - معیارهای پژوهش به همراه نماد
Table 3- Research criteria with symbols

نماد	معیار
C1	تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها
C2	شفاف سازی امور
C3	پاسخگویی مدیر در برابر مسئولیت‌هایش
C4	انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت
C5	مدیریت بحران
C6	شایستگی و شایسته‌سالاری
C7	اثربخشی مدیران
C8	ایجاد فرصت‌های برابر برای پیشرفت کارکنان
C9	مشارکت جویی مراجعین
C10	کارآمدی مدیران
C11	قانون‌گرایی
C12	تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و حل مشکلات سلامت
C13	بینش استراتژیک مدیران
C14	کنترل فساد در بخش سلامت
C15	توسعه سیستم‌های مدیریت دانش سلامت
C16	ساده‌سازی قوانین کاری
C17	آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت

جدول ۴ - ماتریس ارتباط مستقیم: M
Table 4- Direct correlation matrix: M

شماره سطر	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C10	C9	C8	C7	C6	C5	C4	C3	C2	C1	
40.5	3.1	2.5	2.4	2.3	2.7	2.3	2.4	2.4	2.5	3.1	2.6	3	2.4	2.1	2.4	2.3	0	C1
34.6	2	1.9	2.6	2	2.4	2.5	2.1	2	2	1.9	2.4	2.5	2.1	1.9	2.2	0	2.1	C2
37.1	1.7	2.8	2.3	2.6	2.2	2.5	1.7	2.7	2.4	2.2	2	2.1	2.8	2.5	0	2.5	2.1	C3
38.2	2.5	2.4	1.6	2.5	2.7	2.2	2.3	2	2.8	2.8	2.6	2.5	2.8	0	2.6	2.2	1.7	C4
38.2	3.1	2.3	2.7	2	2.4	1.7	2	1.9	2.6	2.4	3	2.2	0	2.9	1.9	2.3	2.8	C5
39	2.2	2.3	2.4	2.5	2.2	2.1	2	2.3	2.8	2.7	2.5	0	2.7	2.7	2.1	2.8	2.7	C6
36.2	1.9	2.3	2	2.5	1.6	2.6	2	2.5	2.4	2.2	0	2.9	2	2.2	2.2	2.6	2.3	C7
36.7	2.3	2.3	2.8	2.3	1.7	1.9	2.4	3.3	2.4	0	2.2	2.1	2.5	2.1	2	2.2	2.2	C8
39.6	2.2	2	2.7	2.5	2.1	2.2	2.3	2.7	0	2.8	3.1	2.6	2.3	2.6	2.5	2.6	2.4	C9
39.6	3.3	2.6	2.2	2.5	2.1	2.7	2.7	0	2.6	3.2	2.1	2.6	2.7	1.9	1.9	2.3	2.2	C10

جمع سطر	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C10	C9	C8	C7	C6	C5	C4	C3	C2	C1	
40	2.6	2.2	1.9	2.4	3	2.1	0	2.6	2.3	2.4	2.9	3	1.8	2.8	2.6	2.5	2.9	C11
40.8	2.3	2.5	2.6	2.3	2.4	0	2.7	2.3	2.7	2.2	2.9	2.7	2.2	2.5	2.8	2.8	2.9	C12
42	3.5	2.2	1.9	2.2	0	2.5	2.4	2.3	2.6	2.7	2.8	2.9	2.8	3.2	2.3	3	2.7	C13
39.4	2.1	2.5	2	0	2.8	2.5	2	2.8	2.7	2.5	2.5	2.4	2.1	2.9	2.1	2	3.5	C14
37.3	2.2	2.5	0	2.4	2.5	2.2	2.2	2.5	2	2.7	2.6	2.6	1.8	2.4	2.1	2.4	2.2	C15
39.1	2.1	0	3	2	2.3	1.9	2.6	2.9	2.5	2.5	2.5	2.3	3.1	2.6	1.6	3	2.2	C16
40.1	0	2.8	1.9	2.7	2.6	1.9	2.5	3	2.9	2.7	2.7	2.5	2.4	2.3	2.3	2.3	2.6	C17
	39.1	38.1	37	37.7	37.7	35.8	36.3	40.2	40.2	41	41.4	40.9	38.5	39.6	35.6	39.8	39.5	جمع ستون

جدول ۵ - ماتریس نرمال شده: N

Table 5-Normalized matrix: N

C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C10	C9	C8	C7	C6	C5	C4	C3	C2	C1	N
0.07	0.06	0.06	0.05	0.06	0.05	0.06	0.06	0.06	0.07	0.06	0.07	0.06	0.05	0.06	0.05	0.00	C1
0.05	0.05	0.06	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.00	0.05	C2
0.04	0.07	0.05	0.06	0.05	0.06	0.04	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.07	0.06	0.00	0.06	0.05	C3
0.06	0.06	0.04	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.07	0.07	0.06	0.06	0.07	0.00	0.06	0.05	0.04	C4
0.07	0.05	0.06	0.05	0.06	0.04	0.05	0.05	0.06	0.06	0.07	0.05	0.00	0.07	0.05	0.00	0.07	C5
0.05	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.07	0.06	0.06	0.00	0.06	0.06	0.05	0.07	0.06	C6
0.05	0.05	0.05	0.06	0.04	0.06	0.05	0.06	0.06	0.05	0.00	0.07	0.05	0.05	0.05	0.06	0.05	C7
0.05	0.05	0.07	0.05	0.04	0.05	0.06	0.08	0.06	0.00	0.05	0.05	0.06	0.05	0.05	0.00	0.05	C8
0.05	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.06	0.00	0.07	0.07	0.06	0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	C9
0.08	0.06	0.05	0.06	0.05	0.06	0.06	0.00	0.06	0.08	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	C10
0.06	0.05	0.05	0.06	0.07	0.05	0.00	0.06	0.05	0.06	0.07	0.07	0.04	0.07	0.06	0.06	0.07	C11
0.05	0.06	0.06	0.05	0.06	0.00	0.06	0.05	0.06	0.05	0.07	0.06	0.05	0.06	0.07	0.07	0.07	C12
0.08	0.05	0.05	0.05	0.00	0.06	0.06	0.05	0.06	0.06	0.07	0.07	0.07	0.08	0.05	0.07	0.06	C13
0.05	0.06	0.05	0.00	0.07	0.06	0.05	0.07	0.06	0.06	0.06	0.06	0.05	0.07	0.05	0.05	0.08	C14
0.05	0.06	0.00	0.06	0.06	0.05	0.05	0.06	0.05	0.06	0.06	0.06	0.04	0.06	0.05	0.06	0.05	C15
0.05	0.00	0.07	0.05	0.05	0.05	0.06	0.07	0.06	0.06	0.06	0.05	0.07	0.06	0.04	0.07	0.05	C16
0.00	0.07	0.05	0.06	0.06	0.05	0.06	0.07	0.07	0.06	0.06	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.06	C17

جدول ۶ - ماتریس ارتباط کامل (T)

Table 6- Complete correlation matrix (T)

C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C1	C9	C8	C7	C6	C5	C4	C3	C2	C1	T
0.74	0.71	0.69	0.70	0.71	0.67	0.68	0.75	0.75	0.78	0.77	0.77	0.77	0.72	0.73	0.67	0.74	0.68	C1
0.63	0.61	0.61	0.61	0.61	0.59	0.59	0.64	0.64	0.65	0.67	0.66	0.66	0.62	0.63	0.58	0.59	0.63	C2
0.66	0.67	0.64	0.66	0.65	0.63	0.62	0.70	0.69	0.70	0.70	0.69	0.69	0.67	0.68	0.57	0.69	0.66	C3
0.69	0.68	0.64	0.67	0.67	0.64	0.65	0.70	0.72	0.73	0.73	0.72	0.72	0.69	0.66	0.64	0.70	0.68	C4
0.71	0.67	0.67	0.66	0.67	0.63	0.64	0.70	0.71	0.72	0.72	0.72	0.72	0.63	0.71	0.63	0.70	0.70	C5
0.70	0.68	0.67	0.68	0.68	0.65	0.65	0.72	0.73	0.74	0.74	0.74	0.68	0.70	0.71	0.64	0.72	0.71	C6
0.65	0.64	0.62	0.64	0.62	0.62	0.61	0.68	0.68	0.68	0.64	0.67	0.67	0.64	0.66	0.60	0.67	0.66	C7
0.67	0.65	0.65	0.65	0.63	0.63	0.63	0.70	0.68	0.64	0.67	0.66	0.66	0.66	0.66	0.61	0.67	0.66	C8
0.71	0.69	0.69	0.69	0.68	0.66	0.67	0.74	0.66	0.65	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.66	0.73	0.72	C9
0.73	0.70	0.68	0.70	0.68	0.66	0.68	0.68	0.74	0.66	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.65	0.72	0.72	C10
0.73	0.70	0.68	0.70	0.70	0.66	0.66	0.74	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.66	0.73	0.74	C11
0.73	0.72	0.70	0.71	0.71	0.66	0.66	0.75	0.76	0.76	0.76	0.76	0.76	0.72	0.74	0.68	0.75	0.75	C12
0.78	0.73	0.71	0.72	0.70	0.70	0.70	0.77	0.78	0.79	0.80	0.79	0.79	0.75	0.77	0.69	0.78	0.76	C13
0.71	0.70	0.67	0.67	0.67	0.66	0.66	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.66	0.77	0.77	C14
0.67	0.66	0.65	0.66	0.66	0.66	0.67	0.70	0.69	0.70	0.70	0.70	0.70	0.66	0.66	0.66	0.69	0.68	C15
0.70	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66	0.67	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.70	0.66	0.73	0.71	C16
0.67	0.71	0.68	0.71	0.70	0.66	0.68	0.75	0.75	0.76	0.77	0.77	0.77	0.77	0.77	0.66	0.73	0.73	C17
11.87	11.56	11.27	11.47	11.43	10.91	11.06	12.18	12.19	12.43	12.52	12.38	11.70	11.98	10.84	12.06	11.95		جمع ستون
0.69																		

جدول ۷ - الگوی روابط معنی دار معیارها

Table 7- Pattern of significant relationships of the criteria

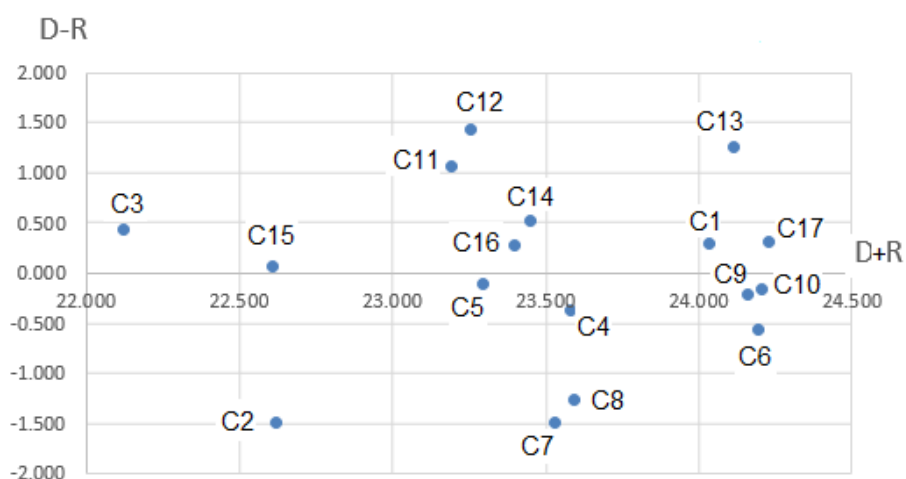
C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C10	C9	C8	C7	C6	C5	C4	C3	C2	C1	
0.74	0.71	0.69	0.70	0.71	*	*	0.75	0.75	0.78	0.77	0.77	0.72	0.73	*	0.74	*	C1
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	C2
*	*	*	*	*	*	*	0.70	*	0.70	0.70	0.69	*	*	*	*	*	C3
0.69	*	*	*	*	*	*	0.70	0.72	0.73	0.73	0.72	0.69	*	*	0.70	*	C4
0.71	*	*	*	*	*	*	0.70	0.71	0.72	0.74	0.72	*	0.71	*	0.70	0.70	C5
0.70	*	*	*	*	*	*	0.72	0.73	0.74	0.74	*	0.70	0.72	*	0.72	0.71	C6
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.70	*	*	*	*	*	C7
*	*	*	*	*	*	*	0.70	*	*	0.70	*	*	*	*	*	*	C8

0.7 1	*	*	0.6 9	*	*	*	0.7 4	*	0.7 5	0.7 6	0.7 5	0.7 0	0.7 2	*	0.7 3	0.7 2	C9
0.7 3	0.7 0	*	0.7 0	*	*	*	*	0.7 4	0.7 6	0.7 5	0.7 5	0.7 1	0.7 1	*	0.7 2	0.7 2	C1 0
0.7 3	0.7 0	*	0.7 0	0.7 1	*	*	0.7 4	0.7 4	0.7 5	0.7 7	0.7 6	0.7 0	0.7 4	*	0.7 3	0.7 4	C1 1
0.7 3	0.7 2	0.7 0	0.7 1	0.7 1	*	0.6 9	0.7 5	0.7 6	0.7 6	0.7 8	0.7 7	0.7 2	0.7 4	*	0.7 5	0.7 5	C1 2
0.7 8	0.7 3	0.7 1	0.7 2	*	0.7 0	0.7 0	0.7 7	0.7 8	0.7 9	0.8 0	0.7 9	0.7 5	0.7 7	*	0.7 8	0.7 6	C1 3
0.7 1	0.7 0	*	*	0.7 0	*	*	0.7 4	0.7 4	0.7 5	0.7 5	0.7 4	0.7 0	0.7 3	*	0.7 2	0.7 4	C1 4
*	*	*	*	*	*	*	0.7 0	*	0.7 1	0.7 2	0.7 1	*	*	*	*	*	C1 5
0.7 0	*	*	*	*	*	*	0.7 3	0.7 2	0.7 4	0.7 4	0.7 3	0.7 1	0.7 1	*	0.7 3	0.7 1	C1 6
*	0.7 1	*	0.7 1	0.7 0	*	*	0.7 5	0.7 5	0.7 6	0.7 7	0.7 5	0.7 1	0.7 3	*	0.7 3	0.7 3	C1 7

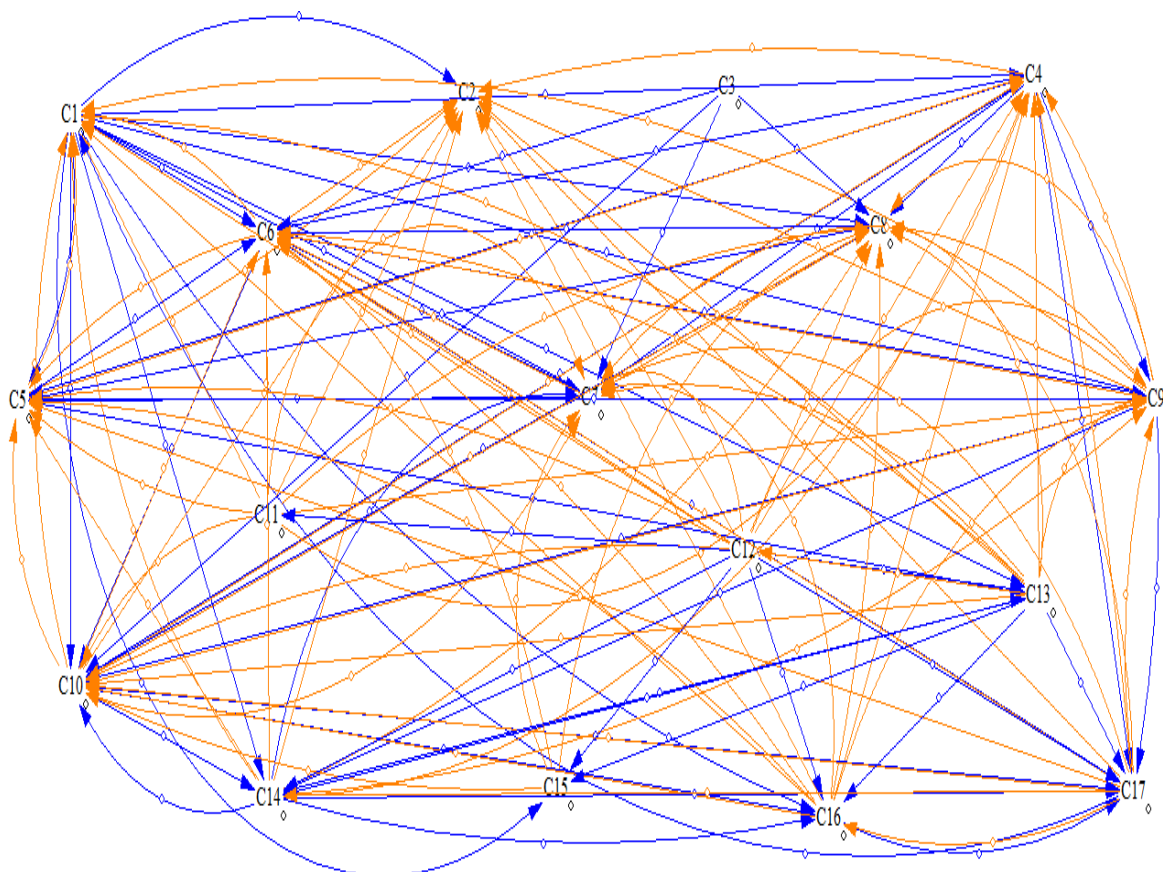
جدول ۸ - الگوی روابط علی بین معیارها

Table 8-Pattern of causal relationships between criteria

رتبه	D-R	رتبه	D+R	R	D	معیارها
۶	۰,۳۱۶-	۱	۲۴,۲۲۶	۱۱,۹۵۵	۱۲,۲۷۱	تخصیص منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها
۱۶	۱,۴۹۰-	۱۵	۲۲,۶۲۳	۱۲,۰۵۶	۱۰,۵۶۷	شفاف سازی امور
۵	۰,۴۴۰-	۱۷	۲۲,۱۲۲	۱۰,۸۴۱	۱۱,۲۸۱	پاسخگویی مدیر در برابر مسئولیت‌هایش
۱۳	۰,۳۷۳-	۸	۲۳,۵۸۰	۱۱,۹۷۷	۱۱,۶۰۳	انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت
۱۰	۰,۱۰۷-	۱۲	۲۳,۲۹۵	۱۱,۷۰۱	۱۱,۵۹۴	مدیریت بحران
۱۴	۰,۵۶۷-	۳	۲۴,۱۹۴	۱۲,۲۸۰	۱۱,۸۱۳	شایستگی و شایسته سالاری
۱۷	۱,۴۹۹-	۹	۲۳,۵۳۱	۱۲,۵۱۵	۱۱,۰۱۶	اثربخشی مدیران
۱۵	۱,۲۶۲-	۷	۲۳,۵۹۳	۱۲,۴۲۷	۱۱,۱۶۶	ایجاد فرصت‌های برابر برای پیشرفت کارکنان
۱۲	۰,۲۱۳-	۴	۲۴,۱۵۹	۱۲,۱۸۶	۱۱,۹۷۳	مشارکت جویی مراجعین
۱۱	۰,۱۶۱-	۲	۲۴,۲۰۵	۱۲,۱۸۳	۱۲,۰۲۲	کارآمدی مدیران
۳	۱,۰۷۲	۱۴	۲۳,۱۹۵	۱۱,۰۶۱	۱۲,۱۳۴	قانون گرایی
۱	۱,۴۲۶	۱۳	۲۳,۲۵۴	۱۰,۹۱۴	۱۲,۳۴۰	تدوین استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و حل مشکلات سلامت
۲	۱,۲۶۳	۵	۲۴,۱۱۳	۱۱,۴۲۵	۱۲,۶۸۸	بینش استراتژیک مدیران
۴	۰,۵۲۰-	۱۰	۲۳,۴۵۲	۱۱,۴۶۶	۱۱,۹۸۶	کنترل فساد در بخش سلامت
۹	۰,۰۷۱-	۱۶	۲۲,۶۰۷	۱۱,۲۶۸	۱۱,۳۳۹	توسعه سیستم‌های مدیریت دانش سلامت
۸	۰,۳۷۳	۱۱	۲۳,۳۹۸	۱۱,۵۶۲	۱۱,۸۲۵	ساده سازی قوانین کاری
۷	۰,۲۹۲	۶	۲۴,۰۳۱	۱۱,۸۷۰	۱۲,۱۶۲	آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت



شکل ۱ - الگوی روابط علی بین معیارها
 Figure 1- Pattern of causal relationships between criteria



شکل ۲ - نمای گرافیکی الگوی روابط معنی دار معیارها
 Figure 2-Graphic representation of the pattern of significant relationships of criteria

Reference:

- 1- Motamedi, M., Vaezi, R., Alvani M, Daneshjafari, D. Developing the Public-Private Partnership Strategy in Line with the General Policies of the Health System. The macro and strategic policies, 2021; 9(33): 1-26. [In Persian].
- 2- Mosadeghrad A M, Karimi F, Ezzati F. Health System Resilience: A Conceptual Review. Hakim, 2020; 23 (4): 9. [In Persian].
- 3- Homayoni, Fatemeh Al Sadat; Bekai Sarabi, Ali; Cesei, Mahmoud and Ghasemi, Asmeh. Documentary analysis of health policies in the eight governments of the Islamic Republic of Iran from 1368-1400 (with emphasis on the approvals of the government board). Healthcare Management Quarterly, 2023; 15(2): 65-79. [In Persian].
- 4- Khosravi, Mohammad Farooq; Mossadegh Rad, Ali Muhammad and Arab, Muhammad. Health system governance: a conceptual review. Hakim Health System Research Quarterly; 2021. [In Persian].
- 5- Sadat alvand M, Ghasemi A. Strategy Principles of Policy Making in the Confront with Corona as a Malignant Policy Problem. Political strategic studies, 2021; 10(67): 267-303 [in Persian].
- 6- Marcelo A, Medeiros D, Ramesh K, Roth S & Wyatt P. Transforming health systems through good digital health governance. Philippines: Asian Development Bank, 2018; 67.
- 7- Mohammadiha, Halle; Memarzadeh Tehrani, Gholamreza and Azimi, Parham. Identifying and prioritizing good governance issues in the country's health system. Medicine and Cultivation, 2023; 31(2): 129-141. [in Persian].
- 8- Saltman R, Duran A. Governance, Government, and the Search for New Provider Models. International Journal of Health Policy and Management, 2016; 5(1): 33-42.
- 9- Hong, P. K. Governance Issues in Health Financing. International Encyclopedia of Public Health, Second Edition, Oxford Academic Press; 2017.
- 10- Azadiyan, Marzieh. Good governance in the health system of the Islamic Republic of Iran. Journal of Culture and Health Promotion of Academy of Medical Sciences, 2022; 6(4): 627-629. [in Persian].
- 11- Purehtesham M. Studying the Effect of Governance Quality on Health Indicators in the Countries of South-Western Asia. refahj. 2018; 18(69): 184-159. [in Persian].
- 12- Robert E, Zongo S, Rajan D, Ridde V. Contributing to collaborative health governance in Africa: a realist evaluation of the Universal Health Coverage Partnership. BMC Health Services Research, 2022; 22: 75372.
- 13- Tjaija, A., Sabir, M., Usman, M. H., & Samad, M. A. Good hospital governance at the Indonesian hospital. International Journal of Criminology and Sociology, 2021; 10: 554-561.
- 14- Youssef Yacoubi, Fatima; Riahi, Leila; Tabibi, Seyed Jamaluddin and Mahmoudi Majdabadi Farahani, Mahmoud. Effective management factors in empowering managers of healthcare networks: a cross-sectional study. Health Image, 2019; 11(3): 237-249.
- 15- Shah, Naimatullah&Mangi, Shahnawaz. IS GOOD GOVERNANCE POSSIBLE THROUGH TACTICS. August Conference: national Graduate Conference, At Allama Iqbal Open University Islamabad, University of Sind; 2018.
- 16- Bagherzadeh, Mohammad Saeed; Tabari, Mojtaba; Mujibi, Toraj; Bagherzadeh, Mohammad Reza and Mahdizadeh Ashrafi, Ali. Designing and explaining the good governance

model for the general offices of the country's public libraries. *Scientific-Research Quarterly of Geography (Regional Planning)*, 2019; 15(1): 289-310.. [in Persian].

17- Lopez IM, Wyss K, Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights*, 2011; 11(13): 1 -11.

18- Bartolini, David & Ssantolini, Raffella. Political institutions behind good governance. *Elsevier_ economic systems*, 2017; 41: 68-85.

19- Sheikh A, Sriram V, Rouffy B, Lane B, Soucat A, Bigdeli M. Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 2020; 10(5): 237 – 243. [in Persian].

20- Vahidi Dastjerdi M, Amiri A, Majdzadeh SR, Emadi SA, Ghadyani Ghraghani AR. Presenting the strategic model of the health system administration through the development of the experiences of the Islamic Republic of Iran on the basis of the discourse of the Islamic Republic of Iran and the constitution. *Quarterly Journal Scientific Research of Strategic Defense Studies*, 2018; 16(73): 109 – 32 [in Persian].

21- Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazeieva B, Banteyerga H, Dash U, et al. Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening, 2013; 381(9883): 2118-33.