

Presenting a model of transcendental governance to improve social development in the Iranian health system

Saeid Hamzeh

Department of Public Administration, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Reza Rostamzadeh*

Department of Management, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Maherkh Lotfollahi

Department of Management, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Karim Eskandari

Department of Public Administration, Payam Noor University, Tehran, Iran

Abstract:

Background: Governance in the health system, as a multidimensional and dynamic process, requires special attention to its main dimensions, and despite numerous challenges, this governance can help improve the quality of health services and respond to the needs of the community. In this regard, this study was conducted with the aim of presenting a model of transcendental governance in order to improve social development in the health system of Iran.

Method: This study has a quantitative and qualitative approach. First, using the qualitative Delphi method, the dimensions and components were identified and confirmed. Then, using interpretive structural modeling, the relationships between variables were determined. In the quantitative stage, the developed model was tested and confirmed in a sample of managers and employees of the Social Security Organization (N=365) using a Likert questionnaire. The data were analyzed using structural equations (SEM) and SmartPLS and MATLAB software.

Findings: The results of this study showed that the model of transcendental governance in the health system has 3 dimensions of fundamental factors, sustainable management and leadership, and all dimensions and components of the model have a significant relationship. Also, the "transparency" component was identified as the most key independent variable of the model.

Conclusion: Emphasis on transparency and public trust can help improve the efficiency and sustainability of the health system and simultaneously increase public satisfaction. Therefore, the attention of policymakers to strengthening these components can greatly contribute to the realization of transcendental governance and improving the performance of the health system.

Keywords: transcendental governance, health system, interpretive structural modeling.

* Email: rostamzadeh59@gmail.com (Corresponding Author)

ارائه مدل حکمرانی متعالی در راستای بهبود توسعه اجتماعی در نظام سلامت کشور ایران

سعید حمزه^۱، رضا رستم زاده^{۲*}، ماهرخ لطف الهی^۳، کریم اسکندری^۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸

چکیده

زمینه: حکمرانی در نظام سلامت به عنوان فرآیندی چند بعدی و پویا، نیازمند توجه ویژه به ابعاد اصلی آن است و با وجود چالش‌هایی متعدد، این حکمرانی می‌تواند برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگویی به نیازهای جامعه کمک کننده باشد. در این راستا، این تحقیق با هدف ارائه مدل حکمرانی متعالی در راستای بهبود توسعه اجتماعی در نظام سلامت کشور ایران انجام شده است.

روش: این پژوهش دارای رویکرد کمی و کیفی است. ابتدا با استفاده از روش کیفی دلفی، ابعاد و مؤلفه‌ها شناسایی و تأیید شدند. سپس با استفاده از مدلسازی ساختاری تفسیری، روابط بین متغیرها تعیین گردید. در مرحله کمی، مدل توسعه‌یافته در نمونه‌ای از مدیران و کارکنان سازمان تأمین اجتماعی (N=365) با استفاده از پرسشنامه لیکرت آزمایش و تأیید شد. داده‌ها با استفاده از معادلات ساختاری (SEM) و نرم‌افزارهای اسمارت پی‌ال‌اس و متلب تحلیل شدند.

یافته: نتایج این تحقیق نشان داد مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت دارای ۳ بعد عوامل بنیادی، مدیریت پایدار و رهبری است و تمامی ابعاد و مؤلفه‌های مدل دارای ارتباط معنی داری هستند. همچنین مؤلفه "شفافیت" کلیدی ترین متغیر مستقل مدل شناسایی شد.

نتیجه گیری: تأکید بر شفافیت و اعتماد عمومی می‌تواند به بهبود کارایی و پایداری نظام سلامت کمک کند و به‌طور همزمان، رضایت عمومی را افزایش دهد. بنابراین، توجه سیاست‌گذاران به تقویت این مؤلفه‌ها می‌تواند به تحقق حکمرانی متعالی و بهبود عملکرد نظام سلامت کمک شایانی نماید.

واژگان کلیدی: حکمرانی متعالی، نظام سلامت، مدل سازی ساختاری تفسیری.

۱. گروه مدیریت دولتی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (Saeed.hmz60@gmail.com)

۲. گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، (نویسنده مسئول): (rostamzadeh59@gmail.com)

۳. گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (Lotfollahi57@gmail.com)

۴. گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (Skandarik@pnu.ac.ir)

۱- مقدمه

حکمرانی متعالی، مفهومی کلیدی در مدیریت پیشرفته است که هدف آن، ایجاد ساختاری پایدار و کارآمد برای تأمین رفاه عمومی، توسعه اجتماعی، و ارتقای کیفیت خدمات در نظام‌های مختلف است. این رویکرد، با تأکید بر اصولی مانند شفافیت، پاسخگویی، عدالت، و مشارکت ذی‌نفعان، بستر لازم برای دستیابی به توسعه پایدار و افزایش اعتماد عمومی را فراهم می‌کند (پورعزت، ۱۴۰۰؛ کلانتری و خزلی، ۱۳۹۹). در این میان، نظام سلامت به دلیل تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی و نقش آن در پایداری اجتماعی، جایگاهی ویژه در مطالعات حکمرانی متعالی دارد. با این حال، توسعه و بهبود حکمرانی در این بخش به شناخت دقیق ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار نیازمند است. نظام سلامت، به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین و پویاترین نظام‌ها، شامل مجموعه‌ای از تعاملات و فرآیندها است که نیازمند مدیریتی جامع و چندوجهی است. این نظام علاوه بر تأمین خدمات درمانی، نقش مهمی در کاهش نابرابری‌ها، افزایش آگاهی عمومی و بهبود کیفیت زندگی ایفا می‌کند. برای دستیابی به چنین اهدافی، وجود حکمرانی کارآمد که بر اصول متعالی و معیارهای جهانی استوار باشد، ضروری است. اما چالش اساسی در این زمینه، عدم وجود مدلی جامع است که بتواند تمامی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی متعالی در نظام سلامت را به‌طور دقیق تعریف و عملیاتی کند (ترابی کلاته قاضی، ۱۴۰۰؛ علایی، ۱۴۰۳). مطالعات متعددی نشان می‌دهند که حکمرانی متعالی در نظام سلامت، مستلزم توجه به چند بُعد کلیدی است. شفافیت به‌عنوان یکی از اصول بنیادی، نقش مهمی در افزایش اعتماد عمومی و کاهش فساد ایفا می‌کند. این اصل نه تنها به دسترسی عمومی به اطلاعات مرتبط با سلامت کمک می‌کند، بلکه پاسخگویی مدیران و نهادهای ذی‌ربط را نیز تقویت می‌کند (الفت‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، کیفیت قوانین و مقررات حوزه سلامت، به‌عنوان یک عامل اساسی در حکمرانی، تأثیر مستقیمی بر پایداری و کارآمدی نظام دارد. قوانینی که با نیازهای جامعه هم‌خوانی داشته باشند، می‌توانند ضمن ارتقای رضایت عمومی، زمینه لازم برای توسعه پایدار را فراهم کنند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹؛ الهی‌نژاد، ۱۴۰۲).

یکی دیگر از ابعاد حیاتی در حکمرانی متعالی، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین است. فناوری اطلاعات و ابزارهای دیجیتال، امکان بهبود عملکرد نظام سلامت و ارائه خدمات هوشمند را فراهم می‌کنند. این امر نه تنها به کارآمدی بیشتر منجر می‌شود، بلکه باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی به خدمات می‌شود (آزادیان و همکاران، ۱۴۰۰؛ محمدیها و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، مدیریت ریسک نیز به‌عنوان یکی از جنبه‌های ضروری حکمرانی، در شناسایی و کاهش مخاطرات نقش بسزایی دارد. نظام سلامت با چالش‌های مختلفی از جمله بیماری‌های نوظهور و بحران‌های اجتماعی روبه‌رو است که مدیریت ریسک می‌تواند در مواجهه با آن‌ها بسیار مؤثر باشد (مدبرنژاد و همکاران، ۱۴۰۲). عامل انسانی نیز نقشی محوری در تحقق حکمرانی متعالی ایفا می‌کند. اخلاق‌مداری، به‌عنوان یکی از اصول کلیدی، نقش مهمی در تقویت روابط اجتماعی و ایجاد محیطی شفاف و عادلانه دارد. این اصل به‌ویژه در نظام سلامت که با مسائل انسانی و اجتماعی سروکار دارد، اهمیت دوچندانی می‌یابد (الفت‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). اعتماد عمومی نیز، به‌عنوان یکی از پایه‌های اساسی حکمرانی، عاملی است که بدون آن، دستیابی به اهداف کلان نظام سلامت ممکن نیست. تقویت این اعتماد، مستلزم رعایت اصول اخلاقی، شفافیت، و مشارکت فعال ذی‌نفعان است (علایی، ۱۴۰۳). شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی متعالی در نظام سلامت می‌تواند به سیاست‌گذاران و مدیران کمک کند تا با بهره‌گیری از یک رویکرد یکپارچه، نظام سلامت را به سمت توسعه پایدار هدایت کنند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پورعزت، ۱۴۰۰). بر همین اساس پرسش اصلی این پژوهش به این صورت است که ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی متعالی در نظام سلامت چیست و ترتیب اثرگذاری مؤلفه‌های شناسایی شده در مدل به چه صورتی است؟ در ادامه ساختار مقاله به این‌صورت تنظیم شده است که در بخش دوم مبانی نظری شامل تئوری‌های مطرح و نتایج مطالعات تجربی صورت گرفته در ارتباط با موضوع ارائه شده است. در بخش سوم مدل، روش تحقیق و آزمون‌های مورد استفاده بیان شده است. بخش چهارم نیز به نتایج آزمون‌ها و تخمین مدل اختصاص یافته است. در بخش پنجم خلاصه و نتیجه‌گیری ارائه می‌گردد.

۲- ادبیات موضوع

۲-۱- مفاهیم بنیادین حکمرانی متعالی

حکمرانی متعالی به عنوان الگویی پیشرفته در مدیریت نظام‌های اجتماعی و سیاسی، به دنبال دستیابی به توسعه پایدار، افزایش اعتماد عمومی و ارتقای اثربخشی در اداره امور عمومی است. این مفهوم بر پایه اصول بنیادینی نظیر شفافیت، پاسخگویی، عدالت، قانون‌گرایی، و کارایی استوار است. این اصول، نقش کلیدی در تقویت حکمرانی متعالی و جلوگیری از انحرافات ساختاری دارند. شفافیت، یکی از ارکان اصلی حکمرانی متعالی، به معنای فراهم آوردن امکان دسترسی آزاد و برابر برای عموم به اطلاعات مرتبط با تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات حکومتی است. شفافیت با ایجاد بستر نظارت عمومی، از بروز فساد جلوگیری کرده و اعتماد عمومی را تقویت می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفافیت در سیاست‌گذاری و عملکرد، می‌تواند مشارکت فعالانه شهروندان را افزایش دهد و ساختار حکمرانی را بهبود بخشد (الفت‌پور و همکاران، ۱۴۰۲، ص ۲۸). پاسخگویی، دیگر مؤلفه اساسی حکمرانی متعالی، بر تعهد مسئولان به توضیح و پاسخ‌گویی در قبال تصمیمات و عملکردشان دلالت دارد. پاسخگویی از طریق سازوکارهای نظارتی و شفافیت در ارائه اطلاعات محقق می‌شود و به افزایش اعتماد عمومی و بهبود کارایی سازمان‌ها کمک می‌کند. در حکمرانی متعالی، پاسخگویی نه تنها به معنای ارائه توضیحات است، بلکه شامل پذیرش مسئولیت و ارائه راهکارهای جبرانی نیز می‌شود (پورعزت، ۱۴۰۰، ص ۱۸۲). عدالت به عنوان یکی از اصول کلیدی حکمرانی متعالی، به معنای توزیع عادلانه منابع و فرصت‌ها در جامعه است. عدالت در سیاست‌گذاری‌های عمومی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر کاهش نابرابری‌ها و افزایش رفاه عمومی داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که حکمرانی مبتنی بر عدالت، از بروز تضادهای اجتماعی جلوگیری کرده و باعث تقویت همبستگی اجتماعی می‌شود (علایی، ۱۴۰۳، ص ۴۷). قانون‌گرایی، به معنای پایبندی به قوانین شفاف و منسجم، نقش مهمی در موفقیت حکمرانی متعالی دارد. قوانین کارآمد، به عنوان چارچوب‌های اجرایی و نظارتی، از تضاد منافع جلوگیری کرده و اعتماد به نهادهای حکومتی را تقویت می‌کنند. کلاتری و خزلی (۱۳۹۹، ص ۶۵) تأکید می‌کنند که کیفیت قوانین و انطباق آن‌ها با نیازهای جامعه، از الزامات اصلی حکمرانی مطلوب است. کارایی نیز به عنوان بعد دیگری از حکمرانی متعالی، به توانایی نظام حکمرانی در تحقق اهداف تعیین‌شده با حداقل هزینه‌ها و حداکثر اثربخشی اشاره دارد. کارایی، زمانی محقق می‌شود که تصمیم‌گیری‌ها بر اساس شواهد و تحلیل‌های دقیق صورت گیرد و منابع بهینه تخصیص یابند (الهی‌نژاد، ۱۴۰۲، ص ۱۲). در مجموع، مفاهیم بنیادی حکمرانی متعالی شامل شفافیت، پاسخگویی، عدالت، قانون‌گرایی و کارایی، اصولی اساسی برای دستیابی به مدیریت اثربخش و پایدار در نظام‌های حکومتی هستند. تحقق این مفاهیم، مستلزم تعهد نهادهای حکومتی به اصول اخلاقی، بهره‌گیری از سازوکارهای نظارتی و ایجاد بسترهای مشارکت عمومی است.

۲-۲- مدیریت پایدار در نظام سلامت

مدیریت پایدار در نظام سلامت به عنوان یکی از ارکان حکمرانی متعالی، شامل مجموعه‌ای از سیاست‌ها و اقدامات است که به بهبود کیفیت خدمات، استفاده بهینه از منابع و ارتقای سلامت عمومی منجر می‌شود. این نوع مدیریت بر پایه سه محور کلیدی فناوری اطلاعات، برنامه‌های سلامت پایدار، و مدیریت ریسک استوار است که هر یک به نحوی در تحقق اهداف حکمرانی متعالی و توسعه پایدار نقش دارند (کیم و اندرسن^۱، ۲۰۲۱: ۷). فناوری اطلاعات به عنوان یکی از ابزارهای اصلی در مدیریت پایدار نظام سلامت، امکان بهبود عملکرد و کاهش هزینه‌ها را فراهم می‌کند. پیاده‌سازی سیستم‌های هوشمند مانند سامانه‌های ثبت الکترونیکی اطلاعات بیماران و ابزارهای تحلیل داده، به شفافیت و کاهش خطاهای انسانی کمک می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که فناوری اطلاعات می‌تواند با افزایش دقت و کارایی در نظام سلامت، اعتماد عمومی را ارتقا بخشد و به تصمیم‌گیری‌های مؤثرتر منجر شود.

^۱ Kim & Andersen

(ناهد و همکاران ۱، ۲۰۲۴: ۳). برنامه‌های سلامت پایدار، دومین محور مدیریت پایدار است که بر طراحی و اجرای سیاست‌هایی تمرکز دارد که بتوانند سلامت عمومی را بهبود بخشند و نابرابری‌های بهداشتی را کاهش دهند. این برنامه‌ها با بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و تحلیل‌های مبتنی بر شواهد، می‌توانند اثربخشی و کارآمدی خدمات سلامت را افزایش دهند. برنامه‌ریزی دقیق و ارزیابی مستمر از جمله الزامات موفقیت این برنامه‌ها محسوب می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تلفیق اصول حکمرانی متعالی در برنامه‌های سلامت می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به توسعه پایدار داشته باشد (کارل و همکاران ۲، ۲۰۲۳: ۱). مدیریت ریسک به عنوان سومین محور کلیدی، فرآیندی سیستماتیک است که به شناسایی، تحلیل و کاهش اثرات ریسک‌های موجود در نظام سلامت می‌پردازد. این ریسک‌ها می‌توانند شامل خطاهای پزشکی، بحران‌های بهداشتی، و مشکلات مالی باشند. تدوین راهبردهای مناسب برای مدیریت این ریسک‌ها، از طریق تحلیل دقیق و پیاده‌سازی ابزارهای پیشرفته، می‌تواند به بهبود پایداری و اثربخشی نظام سلامت کمک کند. استفاده از تجربیات موفق جهانی و تقویت نظارت بر عملکرد، از دیگر عوامل مؤثر در مدیریت ریسک محسوب می‌شوند (محمد و همکاران ۳، ۲۰۲۳: ۵). لذا در مجموع، مدیریت پایدار در نظام سلامت از طریق تقویت فناوری اطلاعات، تدوین و اجرای برنامه‌های سلامت پایدار، و مدیریت مؤثر ریسک‌ها می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت خدمات و تحقق حکمرانی متعالی داشته باشد. این رویکرد نه تنها به توسعه پایدار منجر می‌شود، بلکه زمینه‌ساز ارتقای سلامت عمومی و افزایش اعتماد جامعه به نظام سلامت خواهد بود.

۳-۲- رهبری در حکمرانی متعالی

رهبری در حکمرانی متعالی به معنای هدایت و مدیریت نظام سلامت به گونه‌ای است که با بهبود کیفیت خدمات، ارتقای شاخص‌های سلامت و اعتمادسازی در جامعه همراه باشد. این مفهوم شامل جنبه‌هایی نظیر اخلاق‌مداری، مشارکت ذی‌نفعان و اعتماد عمومی است که نقش کلیدی در تحقق حکمرانی متعالی در نظام سلامت دارند. اخلاق‌مداری در رهبری یکی از ابعاد مهم حکمرانی متعالی است. پوراچشام (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان داده است که اخلاق‌مداری در نظام‌های حکمرانی سلامت به بهبود دسترسی به خدمات و افزایش رضایت عمومی کمک می‌کند. رهبری اخلاق‌مدار از طریق شفافیت و رعایت عدالت، قادر است هزینه‌های غیرضروری سلامت را کاهش داده و زمینه توسعه پایدار در این حوزه را فراهم کند. این موضوع به‌ویژه در کشورهای جنوب غرب آسیا، که تنوع فرهنگی و اقتصادی بیشتری دارند، نقش مهم‌تری ایفا می‌کند. مشارکت ذی‌نفعان یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی حکمرانی متعالی در نظام سلامت است. خسروی و همکاران (۱۴۰۰) به اهمیت جلب مشارکت گروه‌های مختلف از جمله بیماران، کارکنان بهداشت و درمان، و سازمان‌های مردم‌نهاد اشاره کرده‌اند. آن‌ها تأکید دارند که مشارکت فعال ذی‌نفعان از طریق ایجاد ساختارهای شبکه‌ای و بهره‌گیری از مدل‌های تحلیل شبکه‌ای، می‌تواند به افزایش شفافیت و کارآمدی در تصمیم‌گیری‌ها کمک کند. این روش، به‌ویژه در نظام سلامت ایران، امکان بهبود ساختار حکمرانی را فراهم می‌کند. اعتماد عمومی نیز به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی متعالی، به شدت بر کیفیت حکمرانی تأثیر می‌گذارد. خدابخشی و غلامیان (۱۴۰۱) در مطالعه خود نشان داده‌اند که در کشورهای فقیر و ثروتمند، میزان اعتماد عمومی به عنوان شاخصی کلیدی در کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارآمدی سیاست‌ها شناخته می‌شود. کاهش اعتماد عمومی می‌تواند منجر به کاهش مشارکت مردم در برنامه‌های سلامت و افزایش نارضایتی شود. بنابراین، رهبران باید از طریق شفافیت در سیاست‌گذاری‌ها و ارائه گزارش‌های قابل اعتماد، این سرمایه اجتماعی را تقویت کنند. چالش‌های ساختاری در رهبری حکمرانی سلامت نیز موضوع دیگری است که توجه به آن ضروری است. سالاریان‌زاده و لطیفی جلیسه (۱۳۹۹) تأکید کرده‌اند که ساختارهای شبکه‌ای در وزارت بهداشت می‌تواند

¹ Nahed et al

² Carl et al

³ Mohammad et al

باعث بهبود هماهنگی بین بخش‌های مختلف و کاهش موانع مدیریتی شود. این ساختارها، با تأکید بر نقش رهبری مشارکتی، بستر مناسبی برای ارتقای حکمرانی فراهم می‌آورند. الگوی حکمرانی متعالی در نظام سلامت که توسط مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۱۳۹۸) ارائه شده است، بر اهمیت رهبری در هدایت نظام سلامت به سمت شفافیت، پاسخگویی و مشارکت‌پذیری تأکید دارد. این الگو، که بر مبنای مطالعه تطبیقی طراحی شده، به سیاست‌گذاران پیشنهاد می‌دهد که برای ارتقای عملکرد نظام سلامت، از رهبران توانمند و مشارکت‌جو بهره ببرند. بنابراین رهبری در حکمرانی متعالی نظام سلامت، با تأکید بر اصول اخلاق‌مداری، تقویت اعتماد عمومی و مشارکت ذی‌نفعان، نقشی اساسی در دستیابی به اهداف کلان سلامت و توسعه پایدار ایفا می‌کند.

۴-۲- پیشینه مطالعات

همایونی و همکاران (۱۴۰۳) در مقاله‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و مقایسه عملکرد دولت‌های پس از انقلاب (۱۴۰۰-۱۳۶۸) با استفاده از یک الگوی رگرسیونی چند متغیره به روش گشتاورهای تعمیم‌یافته (GMM) پرداختند. نتایج حاصل از برآوردها نشان می‌دهد متغیرهایی همچون درآمدهای سرانه، زیرساخت‌های بهداشتی، سالمندی جمعیت و سهم جمعیت شهری دارای اثر مثبت معنادار بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب می‌باشند. همچنین متغیرهای وضعیت مالی و درصد پوشش بیمه‌های درمانی اثر معناداری بر شاخص مورد نظر نشان نداده است. مدبرنژاد و همکاران (۱۴۰۲) در مقاله‌ای به واکاوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران پرداختند. این تحقیق بر لزوم اصلاحات اساسی در فرایندهای حکمرانی به منظور مقابله با فساد تأکید دارد. همچنین، خسروی و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی دیگر به بررسی چالش‌های حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخته‌اند و پیشنهاد می‌کنند که با اصلاح ساختار حکمرانی، می‌توان بر چالش‌های موجود غلبه کرد و به بهبود کارکردهای نظام سلامت کمک کرد. مطالعات بین‌المللی نیز توجه زیادی به حکمرانی در نظام سلامت دارند. جعفرزاده داشبلاغ و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله‌ای به ارزیابی سلامت اجتماعی در ایران و جهان و ارائه مدل راهبردی چند لایه تحقق سلامت اجتماعی با تأکید بر بنیان‌ها و زیرساخت‌های اثرگذار پرداختند. روش‌شناسی پژوهش شامل بررسی مفاهیم نظری پیرامون سرمایه اجتماعی، سیاست‌گذاری اجتماعی، حکمرانی و سلامت اجتماعی و همچنین تحلیل خبرگی است. ابزار تحلیل، تکنیک دلفی بوده که برای شناسایی، قضاوت و غربال نظرات خبرگان و تصمیم‌گیری و اجماع گروهی طی چندین مرحله صورت گرفته است. بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در ایران و جهان نشان داد که سلامت اجتماعی ایرانیان در وضعیت مطلوب نبوده و تحقیقات داخلی بیانگر این است که در بین گروه‌های سنی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان نامناسب و سایر گروه‌ها در سطح متوسط می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد سلامت اجتماعی زمانی محقق خواهد شد که توجه ویژه‌ای به شکل‌گیری رابطه سرمایه اجتماعی، سیاست‌گذاری و حکمرانی با هم شود و چگونگی رابطه آنها با مولفه‌های سلامت اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در تحقق سلامت اجتماعی خواهد داشت. ترابی کلاته قاضی (۱۴۰۰) نیز در مقاله‌ای به بررسی الگوی حکمرانی متعالی مبتنی بر حکمرانی علوی پرداخته است و ویژگی‌هایی مانند توجه به حقوق مردم، شفافیت و مشارکت اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی حکمرانی متعالی در نظر گرفته است.

آزادیان و همکاران (۱۴۰۰) با استفاده از روش تحلیل سلسله‌مراتبی فازی به تحلیل مؤلفه‌های حکمرانی خوب در سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که مؤلفه‌هایی همچون شفافیت، پاسخ‌گویی و عدالت در پیاده‌سازی حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از چالش‌های اساسی در نظام سلامت ایران، شیوع فساد و ناکارآمدی حکمرانی در تصمیم‌گیری‌ها و تخصیص منابع است. در همین راستا، محمدی‌ها و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله‌ای به بررسی مدل ارتقای نظام سلامت کشور با تمرکز بر راهبردهای حکمرانی پرداختند و آن را به عنوان راهی برای تحقق حکمرانی خوب در سطح ملی معرفی کردند. آنان بر این باورند که حکمرانی خوب در نظام سلامت می‌تواند از طریق شفافیت، مشارکت و پاسخ‌گویی،

کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی را بهبود بخشد. زارعی و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی به بررسی رابطه الگوی حکمرانی متعالی و اقتدار ملی در جمهوری اسلامی ایران پرداخته‌اند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حکمرانی متعالی از دیدگاه اسلامی باید بر اصول عدالت، شفافیت، خدمت به مردم و پیروی از آموزه‌های دینی استوار باشد. جلالی خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود با عنوان "طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت کشور" به تحلیل و طراحی مدلی برای حکمرانی در نظام سلامت پرداختند. این مدل بر شبکه‌ای بودن حکمرانی تأکید دارد که در آن تعامل و همکاری میان نهادهای مختلف نظام سلامت برای دستیابی به حکمرانی مؤثر ضروری است. حسین‌زاده و محمدزاده خلیل (۱۳۹۸) در تحقیق خود به بررسی تأثیر کیفیت حکمرانی بر بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. این تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت حکمرانی مستقیماً بر سطح رضایت‌مندی از خدمات بهداشتی تأثیر دارد و حکمرانی مناسب می‌تواند موجب ارتقاء سلامت اجتماعی و روانی جامعه شود. در این راستا، تحلیل مؤلفه‌های حکمرانی نیز نقش بسزایی در موفقیت‌های نظام سلامت دارد.

در مطالعات دیگر، مانند تحقیق کارل و آنتونیو (۲۰۲۳) که در زمینه حکمرانی برای سلامت منتشر شده، نقش مؤلفه‌های حکمرانی در بهبود وضعیت سلامت عمومی جامعه تأکید شده است. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حکمرانی خوب، به‌ویژه در نظام‌های بهداشتی، باید بر مبنای اصول اخلاقی و اجتماعی قرار گیرد تا بتواند به طور مؤثر بر بهبود کیفیت خدمات سلامت اثرگذار باشد. در زمینه مدل حکمرانی متعالی اسلامی، پژوهش‌هایی نیز در ایران صورت گرفته است. تیاچا و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیقی به بررسی حکمرانی خوب در بیمارستان‌های اندونزی پرداخته‌اند و بر اهمیت سیاست‌گذاری صحیح و حکمرانی شفاف در بهبود خدمات بهداشتی تأکید کرده‌اند. با توجه به مبانی نظری و تجربی شکل گرفته در این زمینه می‌توان مدل اولیه تحقیق را به صورت جدول (۱) تنظیم کرد.

جدول ۱. شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی متعالی در نظام سلامت

محرورهای کلیدی	مؤلفه‌ها	منبع
عوامل بنیادی	شفافیت	الفت‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، سالاریان‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، جلالی خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹)
	پاسخگویی	الفت‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، رجائی و همکاران (۱۴۰۲)، پوراحشام (۱۳۹۷)
	کیفیت قوانین	کرمانی (۱۴۰۲)، علیزاده و نجاری (۱۴۰۲)، رجائی و همکاران (۱۴۰۲)، حسین‌زاده و علی محمدزاده (۱۳۹۸)
	اعتماد عمومی	میمند و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی (۱۴۰۲)، کرمانی (۱۴۰۲)، خدابخشی و غلامیان (۱۴۰۱)
	توسعه حرفه‌ای	زارعی و همکاران (۱۳۹۹)، کلاتری و خزلی (۱۳۹۹)
	قدرت نرم	زارعی و همکاران (۱۳۹۹)، کلاتری و خزلی (۱۳۹۹)
	حاکمیت قانون	ترابی کلاته قاضی (۱۴۰۰)، الهی‌نژاد (۱۴۰۲)
	عدالت و برابری	پورعزت (۱۴۰۰)، الهی‌نژاد (۱۴۰۲)
	فناوری و اطلاعات	کاظمی‌نیا و همکاران (۱۴۰۰)، زارعی و همکاران (۲۰۲۱)
	مسئولیت‌پذیری	جلالی خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، خسروی و همکاران (۱۴۰۰)
مدیریت پایدار	برنامه‌های سلامت	صبوری و همکاران (۱۴۰۰)، محمدیها و همکاران (۱۴۰۰)، مدبرنژاد و همکاران (۱۴۰۲)
	مدیریت ریسک	آزادیان و همکاران (۱۴۰۰)، مدبرنژاد و همکاران (۱۴۰۲)
	پاسخگویی	جلالی خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، زارعی و همکاران (۱۴۰۲)
	ارزیابی و اثر بخشی	کرمانی (۱۴۰۲)، مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۸)، پوراحشام (۱۳۹۷)
	همکاری بین سازمانی	سالاریان‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، زارعی و همکاران (۲۰۲۱)
	مشارکت ذی‌نفعان	مرزبان و ایوازی (۲۰۲۴)، سالاریان‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)
	اخلاق‌مداری	آزادیان و همکاران (۱۴۰۰)، الفت‌پور و همکاران (۱۴۰۲)
	قانون‌گرایی	ترابی کلاته قاضی (۱۴۰۰)، کرمانی (۱۴۰۲)
	رهبری سیاسی	زارعی و همکاران (۱۳۹۹)، الهی‌نژاد (۱۴۰۲)
	رهبری معنوی	پوراحشام (۱۳۹۷)، محمدیها و همکاران (۱۴۰۰)، الفت‌پور و همکاران (۱۴۰۲)، علایی (۱۴۰۳)

۳- روش‌شناسی تحقیق

این تحقیق از نوع تحقیقات ترکیبی با رویکرد کمی و کیفی است که به منظور تحلیل ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی طراحی شده است. در این تحقیق، ابتدا از روش‌های کیفی برای شناسایی و استخراج ابعاد مدل استفاده شده و سپس در مرحله بعد، با بهره‌گیری از رویکرد کمی، مدل استخراج شده بر روی نمونه آماری بزرگتری تست و تأیید گردید.

بخش کیفی: در رویکرد کیفی تحقیق از نظر هدف توسعه‌ای و از نظر ماهیت اکتشافی است. در این تحقیق، از فن دلفی به عنوان یک روش کیفی برای استخراج ابعاد و مؤلفه‌های مدل حکمرانی متعالی استفاده شده است. در این تحقیق، ابتدا متغیرهای تحقیق بر اساس مبانی نظری استخراج و در اختیار ۱۵ نفر از خبرگان دانشگاهی و سازمانی قرار گرفت. این گروه از افراد با ویژگی‌های علمی و پژوهشی مرتبط با موضوع تحقیق و تجربه کاری مناسب در حوزه حکمرانی انتخاب شدند. این فرایند تا دستیابی به اشیاع نظری ادامه یافت که در آن تمامی ابعاد و مؤلفه‌ها به طور کامل شناسایی و تأیید شدند. پس از رسیدن به ابعاد و مؤلفه‌های مدل در مرحله دلفی، مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM) برای شناسایی روابط بین متغیرها و تعیین ترتیب اثرگذاری آن‌ها در مدل استفاده شد. این روش کیفی به طور خاص برای تجزیه و تحلیل ساختارهای پیچیده و تعاملات میان متغیرها به کار می‌رود.

بخش کمی: در رویکرد کمی تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی – همبستگی است. در این رویکرد، مدل توسعه یافته در یک نمونه آماری بزرگتر از مدیران و کارکنان سازمان تأمین اجتماعی در استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل (N=365) مورد تست قرار گرفت. در این مرحله، از پرسشنامه محقق ساخته با مقیاس لیکرت استفاده شد تا ابعاد و مؤلفه‌های مدل با استفاده از داده‌های واقعی آزمایش و تأیید شوند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از پرسشنامه‌ها، از معادلات ساختاری (SEM) به عنوان یک تکنیک پیشرفته در تحلیل داده‌های کمی استفاده شد. نرم‌افزارهای اسمارت پی‌ال‌اس و متلب برای اجرای این تحلیل‌ها به کار رفتند.

۴- نتایج و تجزیه و تحلیل یافته‌ها

عوامل شناسایی شده از مبانی نظری نیاز بود تا در گام نخست از طریق تکنیک دلفی پالایش گردد. به همین منظور جهت اشیاع نظری عوامل شناسایی شده در قالب پرسشنامه ای با ۲۰ سوال در اختیار خبرگان منتخب قرار داده شود. مقیاس پرسشنامه ها از نوع لیکرت و از خیلی کم تا خیلی زیاد مرتب شده بودند. تکنیک دلفی تا سه مرحله برای دستیابی به بیشترین اجماع و اتفاق نظر ادامه پیدا کرد. در جدول (۲) نتایج هر سه مرحله به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه اجرای سه دور تکنیک دلفی فازی

ردیف	مؤلفه	میانگین دور ۱	میانگین دور ۲	میانگین دور ۳	تفاضل میانگین مرحله ۲ و ۳	تشخیص
۱	توسعه حرفه ای	۳,۳	۲,۰۹	-	-	رد
۲	شفافیت	۷,۳	۷,۳۳	-	-	تائید
۳	قدرت نرم	۶,۹۴	۶,۹۵	-	-	رد
۴	برنامه های سلامت	۷,۹۵	۸,۴۲	۷,۶۷	۰,۷۵	تائید
۵	مدیریت ریسک	۸,۷	۸,۶	-	-	تائید
۶	اخلاق مداری	۸,۶	۸,۶	-	-	تائید
۷	قانون گرایی	۷,۷	۷,۷۱	-	-	تائید
۸	رهبری سیاسی	۶	۶,۰۱	-	-	رد
۹	پاسخگویی	۷,۹۱	۷,۹۱	-	-	تائید

ردیف	مؤلفه	میانگین دور ۱	میانگین دور ۲	میانگین دور ۳	تفاضل میانگین مرحله ۲ و ۳	تشخیص
۱۰	کیفیت قوانین	۷,۷۵	۷,۷۵	-	-	تائید
۱۱	اعتماد عمومی	۷,۹۵	۸,۴۲	۸,۴۲	۰	تائید
۱۲	رهبری معنوی	۷,۳۵	۷,۳۳	-	-	تائید
۱۳	همکاری بین سازمانی	۶,۰۱	۶,۴۲	۶,۷۴	۱,۶۸	رد
۱۴	ارزیابی و اثر بخشی	۸,۱۶	۸,۸۳	۸,۷۹	۸,۷۹	تائید
۱۵	مشارکت ذی نفعان	۷,۶۱	۷,۶۱	-	-	تائید
۱۶	پاسخگویی	۶,۹۴	۶,۰۴	-	-	رد
۱۷	حاکمیت قانون	۶,۹۴	۶,۰۴	-	-	رد
۱۸	عدالت و برابری	۶,۸۲	۶,۸۲	-	-	رد
۱۹	فناوری و اطلاعات	۶,۱۶	۷,۸۳	۶,۸۳	-	رد
۲۰	مسئولیت پذیری	۶,۰۲	۶,۵۰	-	-	رد

در نظر سنجی دور اول دلفی، عوامل با استفاده از نظر خبرگان ارزش گذاری شد. با توجه به دیدگاه های ارائه شده در مرحله اول و مقایسه آن با نتایج مرحله دوم، مشخص شد که ۱۰ مؤلفه تائید، ۵ مؤلفه حذف (به علت اینکه میانگین غیرفازی شده نظرات خبرگان آن ها کمتر از ۷ بود) و ۵ مؤلفه به دور سوم انتقال یافت. در دور سوم اجرای تکنیک دلفی همانطور که جدول (۲) نشان داده شده است، میزان اختلاف نظر خبرگان در مراحل دوم و سوم کمتر از حد آستانه ۰/۲ می باشد و لذا نظر سنجی در این مرحله متوقف می شود و در نهایت تعداد ۱۱ مؤلفه در مدل باقی ماندند. در ادامه مدل به دست آمده مورد آزمون واقع شده است. در خصوص تست مدل در نمونه آماری بزرگتر نیز از تکنیک معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار اسمارت پی ال اس استفاده شده است.

در بررسی بارهای عاملی سوالات پرسشنامه مشخص شده که تمامی بارهای عامل بالاتر از ۰/۵ هستند که نشان از همبستگی بالای بین سوالات و مؤلفه ها دارد. به منظور بررسی همسانی یا اعتبار درونی مدل اندازه گیری انعکاسی از روایی همگرا استفاده شد و مشخص شد که کلیه مقادیر بالاتر از ۰/۵ هستند که نشان دهنده روایی همگرایی مناسب برای مدل بود. برای سنجش روایی تشخیصی در سطح سازه (متغیرهای پنهان) نیز از معیار فورنل - لارکر استفاده شده است. نتایج این آزمون نیز مشخص کرد که مقادیر قطر اصلی برای هر متغیر پنهان و همبستگی آن متغیر با سایر متغیرهای پنهان انعکاسی موجود در مدل بیشتر است. بنابراین روایی تشخیصی مدل اندازه گیری انعکاسی در سطح سازه برای معیار فورنل - لارکر مورد تائید است. در بررسی آزمون مدل های ساختاری و به منظور اندازه گیری یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا نیز مشخص شد که تمام متغیرهای درونزای مدل از مقدار متوسط این معیار یعنی ۰/۳۳ بیشترند که حکایت از برازش بالاتر از متوسط مدل ساختاری دارد. برای بررسی قدرت پیش بینی مدل از شاخص کیفیت مدل ساختاری استون - گایسلر (Q2) استفاده شده است. در این خصوص مقادیر بدست آمده برای متغیرهای تحقیق، بالاتر از مقدار ۰/۳۵ پیشنهادی است که نشان از قدرت پیش بینی قوی سازه های برونزای مدل داشت. در نهایت برای برازش کلی مدل از معیار GOF استفاده شده است که نتایج آن عدد ۰/۶۱ را نشان می دهد. حدود این شاخص بین صفر و یک بوده و ووترلس و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای آن پیشنهاد داده اند. با توجه به عدد بدست آمده مشخص است که برازش مدل در وضعیت بسیار خوبی قرار دارد. همچنین نتایج برازش مدل نشان می دهد تمامی ابعاد و مؤلفه ها دارای قدر مطلق عدد تی بالاتر ۱,۹۶ هستند. لذا براساس این قاعده هیچ کدام از مدل نباید حذف گردد.

جدول ۳: نتایج برازش مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت

مفهوم اصلی	محورهای کلیدی	مؤلفه ها	بارعاملی	Q2	R2	AVE	CR	GOF
حکمرانی متعالی در نظام سلامت	عوامل بنیادی (۰,۶۹-۱۱,۱۲)	شفافیت	(۰,۵۶-۹,۶۳)	۰,۶۵	۰,۷۴	۰,۷۸	۰,۷۶	۰,۸۴
		پاسخگویی	(۰,۴۷-۶,۳۳)	۰,۶۸	۰,۷۹	۰,۸۵	۰,۸۲	
		کیفیت قوانین	(۰,۳۴-۲,۹۸)	۰,۶۶	۰,۶۵	۰,۶۸	۰,۸۵	
		اعتماد عمومی	(۰,۸۱-۱۴,۶۳)	۰,۵۱	۰,۶۹	۰,۶۶	۰,۸	
		فناوری و اطلاعات	(۰,۷۵-۱۲,۸۹)	۰,۶۷	۰,۸	۰,۶۴	۰,۸۴	
	مدیریت پایدار (۰,۴۵-۹,۱۵)	برنامه های سلامت	(۰,۷۲-۱۱,۸۷)	۰,۵۹	۰,۷۵	۰,۹	۰,۷۷	
		مدیریت ریسک	(۰,۸۳-۱۵,۰۹)	۰,۶۴	۰,۷۴	۰,۹۲	۰,۸	
		ارزیابی و اثربخشی	(۰,۷۴-۱۲,۵۵)	۰,۶۹	۰,۶۷	۰,۸۸	۰,۷۴	
		مشارکت ذی نفعان	(۰,۷۱-۱۱,۸۷)	۰,۷۳	۰,۸۱	۰,۸۳	۰,۷۵	
	رهبری (۰,۳۸-۶,۵۵)	اخلاق مداری	(۰,۸۴-۱۵,۱۲)	۰,۷۲	۰,۶۴	۰,۶۴	۰,۷۸	
		قانون گرایی	(۰,۴۹-۴,۵۴)	۰,۷۵	۰,۶۳	۰,۸۱	۰,۹	
		رهبری معنوی	(۰,۵۸-۸,۳۱)	۰,۶۴	۰,۷۵	۰,۸۳	۰,۹۱	

جدول (۳) به تحلیل ابعاد و مؤلفه های حکمرانی متعالی در نظام سلامت پرداخته است که در سه محور اصلی شامل عوامل بنیادی، مدیریت پایدار و رهبری تقسیم بندی شده اند. در محور عوامل بنیادی، مؤلفه هایی همچون شفافیت، پاسخگویی، کیفیت قوانین، اعتماد عمومی و فناوری و اطلاعات نقش مهمی در بهبود حکمرانی دارند. شفافیت با بارعاملی ۰,۶۵ نشان دهنده اهمیت اطلاعات شفاف در فرایندهای حکمرانی است و پاسخگویی نیز با بارعاملی ۰,۶۸ بر لزوم مسئولیت پذیری تأکید می کند. در بخش مدیریت پایدار، مؤلفه هایی مانند برنامه های سلامت، مدیریت ریسک، ارزیابی و اثربخشی و مشارکت ذی نفعان به طور واضح بر ضرورت داشتن استراتژی های سالم، مدیریت بهینه ریسک ها و ارزیابی مؤثر در راستای پایداری سیستم سلامت اشاره دارند. به ویژه مشارکت ذی نفعان با بارعاملی ۰,۷۳ نشان دهنده اهمیت تعامل فعال تمامی ذی نفعان در تصمیم گیری هاست. در نهایت، در محور رهبری، مؤلفه های اخلاق مداری، قانون گرایی و رهبری معنوی برجسته هستند که به ویژه اخلاق مداری با بارعاملی ۰,۷۲ نشان دهنده اهمیت تصمیم گیری های اخلاقی در رهبری است. شاخص های آماری نظیر بارعاملی، AVE، CR و GOF نشان می دهند که این مؤلفه ها و ابعاد در مجموع مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت از اعتبار و کارایی بالایی برخوردارند. به ویژه GOF معادل ۰,۸۴ نشان دهنده تطابق خوب مدل با داده ها و اعتبار بالای آن است.

با توجه به این که در بین عوامل شناسایی شده الگویی از روابط علی و پیچیده وجود دارد، لذا به منظور شناسایی روابط شاخص ها و سطح بندی آن ها؛ در ادامه از مدلسازی ساختاری تفسیری استفاده شده است. در جدول شماره ۴ ماتریس خودتعاملی نشان داده شده است. این جدول یک ماتریس به ابعاد متغیرها است که در سطر و ستون اول آن متغیرها به ترتیب توسط نمادهایی مشخص شده است. برای رابطه از نمادهای (متغیر i بر j تأثیر دارد) (۱)، (متغیر j بر i تأثیر دارد) (۱-)، رابطه دو سویه (۲) و عدم وجود رابطه (۰) استفاده شده است. در مرحله بعد اقدام به تشکیل ماتریس دستیابی اولیه می شود و بعد از آن نیز ماتریس دستیابی نهایی تشکیل می شود. ماتریس دسترسی نهایی برای معیارها با در نظر گرفتن رابطه تسری به دست می آید تا با ماتریس دستیابی اولیه سازگار شود. بدین منظور باید ماتریس اولیه را به توان K+1 رساند، به طوری که حالت پایداری برقرار شود. بدین ترتیب برخی از عناصر صفر نیز تبدیل به ۱ خواهد شد. حال به منظور تفکیک نتایج به دست آمده از نظر خبرگان تحقیق باید (قدرت نفوذ) امتیاز به دست آمده از سطر (و قدرت وابستگی) امتیاز بدست آمده از ستون را مشخص شود. در جدول (۴) قدرت نفوذ (میزان تأثیری که هر یک از عوامل بر سایر عوامل دارند) ۱۲ شاخص شناسایی شده است.

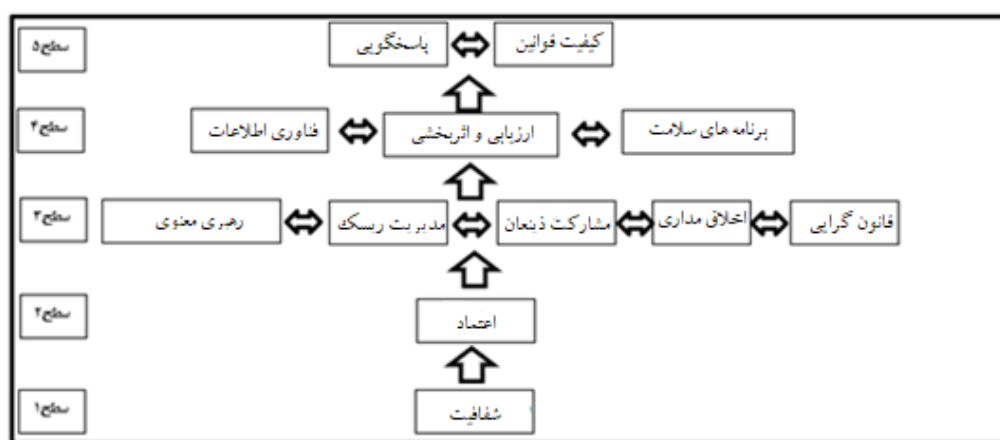
جدول ۳. ماتریس خودتاملی، علائم اختصاری و تفکیک نیروهای محرکه و وابسته

متغیر	علائم اختصاری													قدرت وابستگی	قدرت نفوذ
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L		
شفافیت	A	۰	۲	۱	۲	-۱	۱	-۱	۲	-۱	۰	۱	۱	۱۰	۱۲
پاسخگویی	B	۲	۰	۱	-۱	۰	۰	۰	-۱	۰	۲	۰	۲	۱۰	۹
کیفیت قوانین	C	-۱	-۱	۰	-۱	-۱	۱	۰	-۱	۰	۰	۰	-۱	۱۱	۲
اعتماد عمومی	D	۲	۱	۱	۰	-۱	۱	۱	۲	-۱	۰	۰	۱	۸	۱۱
فناوری و اطلاعات	E	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۱	-۱	۰	۲	۰	۶	۱۲
برنامه های سلامت	F	-۱	۰	-۱	-۱	۰	۰	-۱	-۱	۰	۰	۰	-۱	۱۲	۱
مدیریت ریسک	G	۱	۰	۰	-۱	۰	۱	۰	-۱	-۱	۰	۰	۱	۷	۱۰
ارزیابی و اثر بخشی	H	۲	۱	۱	۲	-۱	۱	۱	۰	۲	۱	۲	۱	۹	۱۲
مشارکت ذی نفعان	I	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۲	۰	۰	-۱	۱	۷	۱۲
اخلاق مداری	J	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	-۱	۰	۰	۲	۲	۱۰	۱۰
قانون گرایی	K	-۱	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۲	۱	۲	۰	۱	۱۰	۱۲
رهبری معنوی	L	-۱	۲	۱	-۱	۰	۱	-۱	-۱	-۱	۲	-۱	۰	۱۰	۷

تفکیک سیستم به سطوح مختلف به شفاف سازی نقش هر یک از اجزا و چگونگی تعامل آنها کمک می کند. موجب کاهش پیچیدگی سیستم و باعث افزایش قابلیت تحلیل آن می شود. در این مرحله با استفاده از ماتریس دسترسی نهایی، مجموعه خروجی و ورودی برای هر متغیر به دست می آید. مجموعه خروجی و ورودی برای یک متغیر بدین صورت تعریف می شود که مجموعه خروجی برای یک مؤلفه خاص عبارت است از خود آن متغیر بانضمام سایر متغیرهایی که از آن تاثیر می پذیرند. به عبارت دیگر متغیرهایی که از طریق این متغیر می توان به آنها رسید. مجموعه ورودی نیز برای هر متغیر شامل خود آن متغیر همراه با سایر متغیرهایی که بر آن تاثیر کمی می گذارند، است و در نهایت عناصر مشترک اشاره به ابعاد اشتراکی مجموعه خروجی و ورودی متغیرها در مدل ساختاری تفسیری به عنوان متغیر سطح بالا دارد. به عبارت دیگر، این متغیرها در ایجاد هیچ متغیر دیگری موثر نمی باشند. پس از تعیین عناصر خروجی، عناصر ورودی و عناصر مشترک، شاخصی که عناصر خروجی و عناصر مشترک یکسانی دارند به عنوان اولین سطح و عامل تاثیرگذار بر حکمرانی متعالی در نظام سلامت تعیین می شوند. پس از تعیین این سطح یعنی تاثیرگذارترین سطح، آن شاخص حذف می شود و اقدام به بررسی شاخص های یکسان عناصر ورودی و مشترک می گردد و آن به عنوان سطح بعدی انتخاب می شود. این عملیات تا آنجا تکرار می شود که اجزای تشکیل دهنده تمام سطوح سیستم مشخص شوند. در شکل (۲) نتایج این فرایند گزارش شده است. براین اساس مشخص شد که اولین سطح مربوط به عامل شفافیت یا همان شاخص هایی است که به دلیل یکسان بودن عناصر خروجی و عناصر مشترک به عنوان اولین سطح شناسایی شده است و آخرین سطح یعنی سطح پنجم مربوط به عامل های پاسخگویی و کیفیت قوانین است.

نتایج سه دور اجرای تکنیک دلفی برای شناسایی مؤلفه های کلیدی حکمرانی متعالی در نظام سلامت نشان داد، مؤلفه ها در سه محور اصلی «عوامل بنیادی»، «مدیریت پایدار» و «رهبری» قابل دسته بندی هستند. محور عوامل بنیادی شامل مؤلفه هایی نظیر شفافیت، پاسخگویی، کیفیت قوانین، اعتماد عمومی و فناوری و اطلاعات است که زیربنای حکمرانی کارآمد را تشکیل می دهند. شفافیت و پاسخگویی، با استناد به پژوهش های الفت پور و همکاران (۱۴۰۲) و رجائی و همکاران (۱۴۰۲)، از مؤلفه های ضروری برای ارتقای اعتماد عمومی و تقویت نظام سلامت هستند. این یافته ها با پژوهش های بین المللی نیز همخوانی دارند، جایی که شفافیت و پاسخگویی به عنوان عوامل مؤثر در تقویت اعتماد عمومی شناخته می شوند. محور مدیریت پایدار به ارزیابی و اثربخشی، برنامه های سلامت، مدیریت ریسک و مشارکت ذی نفعان اختصاص دارد. این مؤلفه ها نشان دهنده اهمیت پایداری و کارایی نظام

سلامت در پاسخ به نیازهای متغیر جامعه است. مشارکت ذی‌نفعان، که در تحقیقات اودین و همکاران (۲۰۲۱) و سالاریانزاده و همکاران (۱۳۹۹) مورد تأکید قرار گرفته است، عاملی کلیدی برای تضمین تصمیم‌گیری‌های جمعی و دستیابی به حکمرانی متعالی محسوب می‌شود. همچنین، ارزیابی و اثربخشی، به‌ویژه با استناد به یافته‌های مورنو و همکاران (۲۰۲۰)، نشان‌دهنده اهمیت تحلیل مداوم نتایج و اصلاح فرآیندها برای بهبود عملکرد است. در محور رهبری، مؤلفه‌هایی نظیر اخلاق‌مداری، قانون‌گرایی و رهبری معنوی مورد توجه قرار گرفته‌اند. این مؤلفه‌ها بیانگر نقش حیاتی رهبری در ترویج اصول اخلاقی و ارزش‌های معنوی در حکمرانی هستند. پژوهش‌های الفت پور و همکاران (۱۴۰۰) و آزادیان (۱۴۰۰) به‌طور ویژه اهمیت رهبری معنوی را در بهبود کارایی و افزایش تعاملات انسانی در نظام سلامت برجسته کرده‌اند. این یافته‌ها با تحقیقات مشابه در ادبیات بین‌المللی، که اخلاق‌مداری و معنویت را به‌عنوان پایه‌های اصلی حکمرانی سالم معرفی می‌کنند، همسو است.



شکل ۱. مدل نهایی ساختاری تفسیری

در بخش تست مدل در نمونه آماری بزرگتر یافته‌ها نشان داد، در بین ابعاد مدل، عوامل بنیادی دارای بیشترین همبستگی با حکمرانی متعالی در نظام سلامت هستند. این یافته بر اهمیت زیربناهای اساسی برای ایجاد یک نظام حکمرانی کارآمد و پاسخگو تأکید دارد. شفافیت، پاسخگویی، کیفیت قوانین، اعتماد عمومی و فناوری و اطلاعات به‌عنوان مؤلفه‌های این بعد، نقش حیاتی در تحقق حکمرانی متعالی ایفا می‌کنند. از منظر نظری، نظریه حکمرانی متعالی بیان می‌کند که شفافیت و پاسخگویی از الزامات اساسی برای ایجاد اعتماد عمومی و کارآمدی در نظام‌های دولتی هستند. این نظریه تأکید دارد که حکمرانی متعالی نیازمند وجود اطلاعات شفاف، جریان آزاد اطلاعات و پاسخگویی مداوم به ذی‌نفعان است. یافته‌های این پژوهش با این نظریه همخوانی دارند، زیرا مؤلفه‌های شفافیت (با بار عاملی ۰٫۵۶) و پاسخگویی (۰٫۴۷) به‌عنوان پایه‌های حکمرانی متعالی در نظام سلامت شناسایی شده‌اند. علاوه بر این، اعتماد عمومی، که در این مدل با بار عاملی ۰٫۸۱ بالاترین تأثیر را در بین مؤلفه‌های عوامل بنیادی دارد، با نظریه‌های سرمایه اجتماعی همخوانی دارد. پاتنام^۱ و کولمن^۲ در نظریه‌های خود اعتماد عمومی را به‌عنوان عنصر کلیدی سرمایه اجتماعی معرفی کرده‌اند که می‌تواند منجر به تقویت تعاملات اجتماعی، کاهش هزینه‌های اجرایی و افزایش کارایی سیاست‌گذاری‌ها شود. همچنین، نقش فناوری و اطلاعات (بار عاملی ۰٫۷۵) با نظریه تحول دیجیتال در نظام‌های حکمرانی تطابق دارد. این نظریه تأکید دارد که فناوری اطلاعات می‌تواند با تسریع فرآیندها، بهبود شفافیت و افزایش دسترسی شهروندان به خدمات، اثربخشی حکمرانی را ارتقا دهد. در نظام سلامت، فناوری و اطلاعات می‌توانند از طریق ایجاد سامانه‌های مدیریت

^۱ Putnam

^۲ Coleman

اطلاعات سلامت (HIS) یا سیستم‌های ردیابی بیماری‌ها، پاسخگویی و شفافیت را تقویت کنند. در نهایت، کیفیت قوانین (بار عاملی ۳۴، ۰)، اگرچه کمترین تأثیر را در این بعد دارد، اما بر اساس نظریه حاکمیت قانون، برای پایداری و توسعه نظام حکمرانی ضروری است. قوانین باکیفیت می‌توانند چارچوب‌های اجرایی روشن و اصولی برای فعالیت‌های نظام سلامت فراهم کنند. نهایتاً در بخش شناسایی ترتیب اثرگذاری عوامل مدل، یافته‌ها نشان می‌دهند که در مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت، شفافیت و اعتماد عمومی نقش محرک‌های کلیدی را ایفا می‌کنند. شفافیت، به عنوان نقطه آغازین اثرگذاری، با ارائه اطلاعات شفاف، ایجاد دسترسی به داده‌ها و حذف ابهامات، بستری را فراهم می‌کند که نه تنها اعتماد عمومی را تقویت می‌کند، بلکه زمینه‌ساز بهبود پاسخگویی، کیفیت قوانین و سایر مؤلفه‌های مدل نیز می‌شود. این نتیجه با نظریه حکمرانی خوب همخوانی دارد که شفافیت را به عنوان پیش شرطی برای اثربخشی و کارآمدی نظام‌ها معرفی می‌کند (مرزبان و ایوزی، ۲۰۲۴). پس از شفافیت، اعتماد عمومی به عنوان دومین عامل اثرگذار، نقشی کلیدی در پایداری حکمرانی ایفا می‌کند. اعتماد عمومی با کاهش هزینه‌های اجرایی، افزایش مشارکت شهروندان و تقویت همبستگی اجتماعی، ارتباط میان مؤلفه‌های مدل را تقویت می‌کند. نظریه سرمایه اجتماعی نیز بر این امر تأکید دارد که اعتماد عمومی می‌تواند تعاملات سازنده میان دولت و جامعه را ارتقا دهد. در مقابل، مؤلفه‌های کیفیت قوانین و پاسخگویی بیش از آنکه اثرگذاری مستقیم داشته باشند، اثرپذیر از تغییرات در سایر عوامل هستند. بهبود شفافیت و افزایش اعتماد عمومی می‌تواند منجر به تقویت کیفیت قوانین و افزایش سطح پاسخگویی شود. این رابطه نشان می‌دهد که قوانین و پاسخگویی انعطاف‌پذیر بوده و به شرایط کلان حکمرانی بستگی دارند.

۵- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

حکمرانی در نظام سلامت به عنوان یکی از ارکان اساسی توسعه پایدار، نقشی حیاتی در تأمین عدالت، کارایی، و رضایت عمومی ایفا می‌کند. با افزایش پیچیدگی‌های خدمات بهداشتی و درمانی، نظام‌های سلامت نیازمند الگوهای حکمرانی کارآمد و جامع هستند که توانایی پاسخگویی به نیازهای متنوع شهروندان را داشته باشند. در همین راستا، این پژوهش به طراحی مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت پرداخته است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد حکمرانی متعالی در نظام سلامت از سه بعد عوامل بنیادین، مدیریت پایدار، و رهبری تشکیل شده است. ترکیب مؤلفه‌هایی نظیر شفافیت، پاسخگویی، مدیریت پایدار، و رهبری اخلاق‌محور بر ضرورت اتخاذ رویکردی جامع برای تحقق حکمرانی کارآمد تأکید دارد. این رویکرد می‌تواند کارایی، پایداری، و رضایت عمومی را در نظام سلامت بهبود بخشیده و الگویی برای سایر بخش‌های حکمرانی ارائه دهد. به طور خاص، عوامل بنیادین به عنوان زیربنای حکمرانی متعالی، نقشی محوری در ارتقای عملکرد و پایداری نظام سلامت ایفا می‌کنند. تقویت شفافیت، اعتماد عمومی، و بهره‌گیری مؤثر از فناوری اطلاعات، نه تنها کارآمدی را افزایش می‌دهد، بلکه اعتماد میان ذی‌نفعان را نیز تقویت می‌کند. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که تمرکز سیاست‌گذاران بر شفافیت و اعتماد عمومی می‌تواند زمینه‌ساز بهبود سایر مؤلفه‌ها شده و مسیر دستیابی به حکمرانی متعالی را هموار سازد. این نتایج راهبردهای کلیدی برای توسعه نظام سلامت و ارتقای حکمرانی در سایر بخش‌ها را پیشنهاد می‌کند. علاوه بر اینکه پیشنهاد می‌شود سازمان تأمین اجتماعی برای دستیابی به حکمرانی متعالی در نظام سلامت از مدل ۳ بعدی این تحقیق استفاده نمایند، همچنین به منظور تقویت شفافیت به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی متعالی، پیشنهاد می‌شود سامانه‌های جامع شفافیت و نظارت هوشمند در نظام سلامت راه‌اندازی شود. این سامانه‌ها می‌توانند اطلاعات مرتبط با فرآیندهای تصمیم‌گیری، تخصیص منابع، و نتایج عملکرد سازمان‌های سلامت را به صورت شفاف در دسترس عموم قرار دهند. استفاده از فناوری‌های نوین نظیر هوش مصنوعی و تحلیل داده‌ها در این سامانه‌ها، امکان شناسایی و اصلاح سریع کاستی‌ها و ارتقای اعتماد عمومی را فراهم می‌کند. علاوه بر این، برای تقویت حکمرانی متعالی، پیشنهاد می‌شود مکانیزم‌های رسمی برای جلب مشارکت ذی‌نفعان کلیدی، از جمله بیماران، کارکنان نظام سلامت، و نهادهای مدنی، در فرآیندهای تصمیم‌گیری ایجاد شود.

تشکیل شوراها یا کارگروه‌های مشورتی با حضور نمایندگان این گروه‌ها می‌تواند به شناسایی بهتر نیازها، افزایش رضایت عمومی، و تقویت پاسخگویی کمک کند. همچنین، استفاده از نظرسنجی‌های دوره‌ای و تحلیل بازخوردها می‌تواند در اصلاح سیاست‌ها و ارتقای کیفیت خدمات نقش مؤثری ایفا کند. نهایتاً، سرمایه‌گذاری در توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، از جمله پرونده‌های الکترونیک سلامت، سیستم‌های مدیریت ریسک، و پلتفرم‌های ارتباطی برای ارائه خدمات از راه دور، پیشنهاد می‌شود. این اقدام نه تنها شفافیت و کارایی را افزایش می‌دهد، بلکه امکان نظارت دقیق‌تر بر عملکرد و بهبود فرآیندها را نیز فراهم می‌کند. دیجیتال‌سازی خدمات سلامت همچنین می‌تواند به کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی به خدمات در مناطق دورافتاده کمک کند.

تضاد منافع

نویسندگان نبود تضاد منافع را اعلام می‌دارند.

فهرست منابع

- افقه، سید مرتضی (۱۴۰۰)، انسان توسعه‌یافته، پيشران توسعه جوامع بشری نسخه‌ای برای ایران، انتشار: تهران: جهاد دانشگاهی، سازمان انتشارات،
- آزادیان، م. و وثوق مقدم، ع. و فرهادی محلی، ع. (۱۴۰۰). تحلیل سلسله مراتبی فازی مؤلفه‌های حکمرانی خوب برای سیاستگذاری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، ۶(۲)، ۸۷-۱۰۲.
- الفت‌پور، ن. و موسی‌خانی، م. و دانش‌فرد، ک. &، ایران‌نژاد پاریزی، م. (۱۴۰۲). نقش کارکردهای اجتماعی و اخلاقی در حکمرانی رفاه عمومی در ایران. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، ۹(۱)، ۲۵-۴۲. <https://ethicsjournal.ir/article-1-2600-fa.html>
- الهی‌نژاد، ح. (۱۴۰۲). رابطه حکمرانی متعالی مهدوی و حکمرانی مطلوب ولی فقیه. جامعه مهدوی، ۴(۲)، ۷-۳۷. <https://doi.org/10.22081/jm.2024.68239.1086>
- پوراحتشام، م. (۱۳۹۷). رابطه کیفیت حکمرانی با سلامت در کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا. رفاه اجتماعی، ۱۸(۶۹)، ۱۵۹-۱۸۴.
- ترابی کلاته قاضی، ع. (۱۴۰۰). ارائه الگوی حکمرانی متعالی با ابتنای بر الگوی حکمرانی علوی. فصلنامه تخصصی حکمرانی متعالی، ۲(۲)، ۵۹-۸۸.
- پورعزت، ع. ا. (۱۴۰۰). سخن سردبیر: سواد خط مشی گذاری و حکمرانی مضاف. مدیریت دولتی، ۱۳(۲)، ۱۸۲-۱۸۳.
- حسین زاده، ح. و محمدزاده، ع. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر کیفیت حکمرانی بر بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۳(۱)، ۸۶-۹۷.
- خسروی، م. ف. و مصدق راد، ع. م. و عرب، م. (۱۴۰۰). حکمرانی نظام سلامت: یک مرور مفهومی. تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۲۴(۱)، ۳۵-۴۶.
- خدابخشی، ا. و غلامیان، ب. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر زیرشاخص‌های حکمرانی بر هزینه‌های سلامت در کشورهای فقیر و ثروتمند. رفاه اجتماعی، ۲۲(۸۶)، ۳۸۹-۳۵۳. <https://doi.org/10.32598/refahj.۳۵۳-۳۸۹>
- رجائی، ز. و نصرآبادی، م. م. و بنی‌هاشمی، س. ع. و ملک زاده ترکمان، پ. (۱۴۰۲). شناسایی و اولویت‌بندی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در بخش بهداشت و درمان با روش‌های تحلیل شبکه‌ای و دیمتل. حقوق اداری، ۱۰(۳۴)، ۳۷-۵۹.
- زارعی، ب. و احمدی، س. ع. و پیشگاهی فرد، ز. و عابدی‌درچه، م. (۱۳۹۹). بررسی رابطه الگوی حکمرانی متعالی و اقتدار ملی در جمهوری اسلامی ایران. پژوهش‌های جغرافیای سیاسی، ۵(۲)، ۱۱۹-۱۴۳. <https://doi.org/10.22067/pg.v5i2.2012-1010.۱۴۳-۱۱۹>

- سالاریان زاده، م.ح.، لطیفی جلیسه، س. (۱۳۹۹). چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس الگوی ساختار شبکه‌ای. *پیاپی* ۸۹، ۲۳(۲)، ۸۹-۱۰۳.
- جلالی خان آبادی، ط.، الوانی، س.م.، واعظی، ر.، قربانی زاده، و. (۱۳۹۹). طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت کشور. *فصلنامه انجمن علوم مدیریت ایران*، ۱۵(۵۸)، ۱-۳۰.
- جعفرزاده داشبلاغ داریوش، نصراله زاده محمدجواد. (۱۴۰۰). ارزیابی سلامت اجتماعی در ایران و جهان و ارائه مدل راهبردی چند لایه تحقق سلامت اجتماعی با تأکید بر بنیان‌ها و زیر ساخت‌های اثرگذار. *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۵۱(۱۳)، ۳۳-۵۲.
- علایی، ح. (۱۴۰۳). تفاوت‌های حکمرانی مطلوب با حکمرانی معیوب. *فصلنامه مطالعات بین‌المللی*، ۱۰(۲)، ۴۵-۷۲. https://www.isjq.ir/article_193862.html
- کلاتری، ف.، خزلی، ا. (۱۳۹۹). نقش مولفه‌های قدرت ملی در تحقق متعالی حکمرانی امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران. *آفاق امنیت*، ۱۳(۴۷)، ۵۳-۸۰.
- کرمانی، م. (۱۴۰۲). تحلیل و ارزیابی کیفیت حکمرانی در حوزه مسائل و آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر کیفیت قانونگذاری در برنامه‌های توسعه کشور. *مجلس و راهبرد*، ۳۰(۱۱۵)، ۱۶۳-۱۹۷. <https://doi.org/10.22034/mr.2022.5433.5185>
- محمدی‌ها، ه.، معمارزاده، غ.ر.، عظیمی، پ. (۱۴۰۰). طراحی مدل ارتقای نظام سلامت کشور با تأکید بر راهبردهای حکمرانی. *پیاورد سلامت*، ۱۵(۳)، ۲۹۰-۲۷۲.
- مصدق راد، ع.م.، رحیمی تبار، پ. (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیق. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۹)، ۲۸-۱۰.
- متقی، سمیرا. (۱۳۹۷). سطح بندی شاخص‌های توسعه سلامت (مطالعه موردی: استان فارس)، *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۳(۱۰)، ۱۳۷-۱۴۷.
- مدبرنژاد، ع.، بهشتی، س.ص.، قاسمی، مرادی، ر. (۱۴۰۲). واکاوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۴(۲)، ۷۱-۱۰۰. <https://doi.org/10.22108/jas.2023.136724.2363>
- همایونی، فاطمه السادات، بقایی سرابی، عیسوی، قاسمی، عاصمه. (۱۴۰۳). بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و مقایسه عملکرد دولت‌های پس از انقلاب (۱۴۰۰-۱۳۶۸). *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۶۵(۱۷)، ۸-۱۸.
- Adeleye, N., & Eboagu, C. (2019). Evaluation of ICT development and economic growth in Africa. *NETNOMICS: Economic Research and Electronic Networking*, 20(1), 31-53. <https://doi.org/10.1007/s11066-019-09131-6>
- Carl, A. T., & Antonio, T. (2023). Governance for health: A critical, but poorly understood, health system component. *Acta Medica Philippina*. <https://doi.org/10.47895/amp.v57i3.7663>
- Kim, V. A. (2021). Governance in the health sector. *Journal of Business and Entrepreneurial Studies*. <https://doi.org/10.37956/jbes.v5i1.263>
- Marzban, N., & Eivazi, M. R. (2024). Analysis of supreme governance: A model for the Islamic world and the explanation of its components from the perspective of the Qur'an and the Sunnah of the Prophet (PBUH). *Political Studies of Islamic World*, 13(3), 149-177. <https://doi.org/10.30479/psiw.2024.19819.3301>
- Mohammad, F. K., Khosravi, A., Mosadeghrad, A. M., & Arab, M. (2023). Health system governance evaluation: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i2.11880>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Nahed, T., Zeini, A., & Okasha, E. (2024). Good governance: An empirical evidence from Egypt's public health sector. *International Journal of Health Governance*. <https://doi.org/10.1108/ijhg-07-2024-0093>
- Tjaija, A., Sabir, M., Usman, M. H., & Samad, M. A. (2021). Good hospital governance at the Indonesian hospital. *International Journal of Criminology and Sociology*, 10, 554-561. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2021.10.64>
- Uddin, M. S., Haque, C. E., & Khan, M. N. (2021). Good governance and local level policy implementation for disaster-risk-reduction: Actual, perceptual and contested perspectives in coastal communities in Bangladesh.

Disaster Prevention and Management: An International Journal, 30(2), 94-111. <https://doi.org/10.1108/DPM-03-2020-0069>

Zarei, B., Ahmadi, S. A., & Abedidorche, M. (2021). Seeking paradigm of sublime governance for promoting national authority in various forms of Islamic governance. *Journal of Islamic Government*, 26(1), 107-134. Retrieved from <https://www.magiran.com/p2330557>