DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 1, Spring

Received: 02.03.2024 Accepted: 06.05.2024 Published: 04.04.2025

Identifying Governance Components in the Health System: A Qualitative Study in Iranian Medical Sciences Universities

Jafar Shahrokhi[1], Javad Pourkarimi[2], Babak Moeini[3], Ahmadreza Roshan[4]

Original Article

Abstract

Background: In light of the profound transformations occurring within health systems and the forthcoming challenges that lie ahead, it is highly imperative to address the matter of governance. Consequently, the objective of the present study is to detect the governance elements that comprise the health system in universities of medical sciences in Iran.

Methods: This qualitative research was developed using the content analysis method. The statistical population consisted of experts, professionals, managers, and specialists affiliated with Iran's Ministry of Health and medical sciences universities. The data collection process involved conducting semi-structured interviews with 24 experts, including managers and professionals in this field who were selected using the targeted sampling method and maximal diversity. To analyze the interview data, the inductive content analysis technique was applied.

Findings: Eight main components were identified, including independence and self-reliance, administrative system health, organizational agility, meritocracy, human capital development, social capital development, health orientation, and infrastructure development.

Conclusion: The challenges in the way of achieving the goals of the health system in the current governance model of the health system in Iran can be studied based on 8 components, and in the future interventions, they can be considered to create and strengthen a flexible structure in line with dynamism and effective innovation and reducing dependence on governmental resources.

Keywords: Health system; Clinical governance; Universities of medical sciences; Iran

Citation: Shahrokhi J, Pourkarimi J, Moeini B, Roshan A. **Identifying Governance Components in the Health System: A Qualitative Study in Iranian Medical Sciences Universities.** J Health Syst Res 2025; 21(1): 64-72.

1- PhD Candidate, Department of Educational Management and Planning, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Educational Management and Planning, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4- Assistant Professor, Department of Higher Education Management Studies, Institute for Research and Planning in Higher Education, University of Tehran, Tehran, Iran
Corresponding Author: Javad Pourkarimi; Associate Professor, Department of Educational Management and Planning, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran; Email: jpkarimi@ut.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583 Published by Vesnu Publications

شناسایی مؤلفه‌های حکمرانی در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران

جعفر شاهرخی[۱]، جواد پورکریمی[۲]، بابک معینی[۳]، احمدرضا روشن[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به تحولات عمیق در نظام‌های سلامت و چالش‌های پیش‌رو، پرداختن به موضوع حکمرانی ضرورتی دو چندان یافته است. هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی مؤلفه‌های حکمرانی نظام سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بود.

روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوا تدوین شد. جامعه آماری تحقیق را گروه خبرگان، صاحب‌نظران، مدیران و کارشناسان ستادی و صف وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تشکیل داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و حداکثر تنوع، ۲۴ نفر از خبرگان و مدیران و کارشناسان این حوزه انتخاب شدند و اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸ مؤلفه اصلی «استقلال و خوداتکایی، سلامت نظام اداری، چابکی سازمان، شایسته‌سالاری، توسعه سرمایه انسانی، توسعه سرمایه اجتماعی، سلامت محوری، توسعه زیرساخت‌ها» شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری: چالش‌های موجود در مسیر دستیابی به اهداف نظام سلامت در الگوی فعلی حکمرانی نظام سلامت در ایران را می‌توان بر اساس ۸ مؤلفه بررسی نمود و در مداخلات آینده به منظور ایجاد و تقویت ساختار منعطف در راستای پویایی و نوآوری مؤثر و کاهش وابستگی به منابع دولت در نظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: نظام سلامت؛ حکمرانی بالینی؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ ایران

ارجاع: شاهرخی جعفر، پورکریمی جواد، معینی بابک، روشن احمدرضا. **شناسایی مؤلفه‌های حکمرانی در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۱): ۷۲-۶۴

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۱۷ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱/۱۵

مقدمه

نظام سلامت شامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاست‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارایه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسخگویی به انتظارات آن‌ها و حمایت مالی از آنان در برابر هزینه‌های سلامت بر عهده دارند (۱). سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارایه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده است (۲). WHO در سال ۲۰۰۷ شروع به استفاده از اصطلاح «حکمرانی نظام سلامت» کرد. طبق نظر این سازمان، به منظور موفقیت برنامه‌های سلامت، نقش حکمرانی به طور روزافزون مورد تأکید و توجه قرار گرفته است و بدون توجه به آن، امکان دارد منابع تخصیص یافته به موضوع سلامت به نتایج مورد نظر نینجامد (۳).

حکمرانی نظام سلامت وظیفه دولت و شامل تدوین قوانین، سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های خدمات سلامت، هماهنگی ارایه خدمات و نظارت و ارزشیابی خدمات ارایه شده می‌باشد. حکمرانی در نظام سلامت شامل هفت بعد «ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین‌بخشی، قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، تولیت، نظارت و ارزشیابی و حفاظت از مشتریان» است (۴). حکمرانی نظام سلامت یکی از کارکردهای بسیار مهم نظام سلامت به شمار می‌رود که دستیابی به اهداف اصلی و فرعی آن را ممکن می‌سازد. منابع زیادی صرف نظام سلامت کشورها می‌شود، اما مسؤولیت‌پذیری و شفافیت ضعیف، انگیزه پایین برای پاسخگویی و مشارکت کم مردم در موضوعات سلامتی؛ موجب اثربخشی کم نظام سلامت شده است (۵).

حکمرانی نظام سلامت، صرفاً یک دیدگاه یا مدل برای عملیاتی کردن یا اجرای خدمات نیست، بلکه عنصری کلیدی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌ها برای سلامت و بهداشت بهتر است (۶). بسیاری از سیاست‌گذاران سلامت بر سازماندهی مجدد حکمرانی تأکید دارند؛ به گونه‌ای که مسؤولیت‌پذیری، پاسخگویی و مشارکت همگانی، نظام سلامت را به سمت کیفیت بهتر، ثبات و جهانی شدن سوق دهد (۷). پژوهش Hanson و

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- استادیار، گروه مطالعات مدیریت آموزش عالی، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: جواد پورکریمی؛ دانشیار، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
Email: jpkarimi@ut.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

همکاران در خوص مدیریت کشورهای آلمان، سوئد و ایتالیا، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان داد که به ساختارهای حکمرانی موجود، نقش سنتی دانشگاه، تجربه مدیریت بحران و ارتباط عدم قطعیت مرتبط بود که همه بر میزان اعتماد مردم به دولتشان تأثیر می‌گذاشت (۸).

شواهد تحقیقاتی مؤید این نکته مهم است که چنانچه دانشگاه‌ها به دنبال کارایی و اثربخشی بیشتر و کنشگری بهتری هستند، باید به تغییر و توسعه الگوهای حکمرانی خود مبادرت ورزند (۹). این موضوع با توجه به اهمیت نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی که در خط مقدم در تولید دانش پزشکی و سلامت یک کشور هستند، موضوع اساسی‌تری پنداشته می‌شود. سیستم‌های بهداشتی از رهگذر حکمرانی مطلوب، به دنبال حفظ تعادل شایسته بین تحویل و تأمین مالی خدمات بهداشتی با مقررات صحیح و مناسب هستند (۱۰). به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت و رعایت سطح‌بندی ارایه خدمات، به سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بر حسب نیاز جامعه و تخصیص منابع مبتنی بر نیاز و بار بیماری نیاز است (۱۱).

حکمرانی عامل کلیدی رشد، پیشرفت و توسعه کلی هر مؤسسه و به ویژه هر دانشگاه علوم پزشکی است (۱۲). حکمرانی نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان با چالش‌های متعددی مواجه می‌باشد. تأمین مالی پایدار نظام سلامت، تأمین نیروی انسانی متخصص، متعهد و باانگیزه برای بخش سلامت، استفاده کارامد از منابع سلامت، تسهیل دسترسی عادلانه و مؤثر 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 چالش‌انگیز بوده است. حکمرانی نظام سلامت یکی از کارکردهای بسیار مهم نظام سلامت است که دستیابی به اهداف اصلی و فرعی آن را ممکن می‌سازد (۵). حکمرانی نظام سلامت ایران نیز با چالش‌هایی همچون تداخل وظایف بخش سلامت با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، اجرای ناقص ساختار مصوب وزارت بهداشت، شفاف نبودن مسؤولیت‌ها، اختیارات و سطوح پاسخگویی افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت، عدم توجه به همه عوامل مؤثر بر سلامتی، ناکارامدی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و ناکارامدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه است (۱۳).

در شرایط کنونی، ضرورت خلق و هدایت جریان تغییرات در الگوهای حکمرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی بیش از پیش احساس می‌شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف کلی شناسایی الگوی حکمرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و با اهداف فرعی شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های تشکیل دهنده حکمرانی نظام سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیز ارایه الگوی مفهومی مناسب حکمرانی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تدوین شد. برای دستیابی به هدف کلی مطالعه، پرسش زیر مطرح شده است؛

مهم‌ترین مؤلفه‌های حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران کدامند؟

تحقیق حاضر می‌تواند با شناسایی جامع مؤلفه‌های حکمرانی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و استفاده از روش‌های کیفی انجام شده با توجه به شرایط و واقعیت‌های آموزش عالی نظام سلامت، خلأ موجود در پژوهش‌های داخل کشور را مرتفع سازد و به ارتقای ظرفیت پژوهشی در حوزه حکمرانی نظام سلامت کشورکمک کند.

روش‌ها

این مطالعه به روش تحقیق کیفی و شیوه تحلیل محتوای انجام شد. هدف تحقیقات توصیفی کیفی، ارایه خلاصه‌ای جامع از رویدادهای روزانه است. این پژوهش‌ها نسبت به سایر رویکردهای کیفی مانند رویکردهای مبتنی بر نظریه پدیدارشناختی یا بنیادی، تفسیر کمتری دارند (۱۵، ۱۴). با توجه به عدم تأکید بر مقیاس یا برآورد آماری در مطالعات کیفی، نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و هدفمند با استفاده از روش موارد شناخته شده انجام گردید (۱۶). جامعه هدف تحقیق را گروه خبرگان، صاحب‌نظران، مدیران و کارشناسان ستادی و صف وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تشکیل داد. ابتدا برای شناسایی مفاهیم و مؤلفه‌های حکمرانی، از ۲۴ نفر از خبرگان حوزه موضوعی دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کار و حداقل ۵ سال سابقه مدیریت و یا دارای سوابق علمی در زمینه حکمرانی و مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی که به روش نمونه‌گیری هدفمند (انتخابی) و زنجیره‌ای انتخاب شده بودند، استفاده گردید. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از برقراری ارتباط، مصاحبه در بخش اصلی با سؤالاتی مانند «ابعاد حکمرانی سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران کدامند؟، مؤلفه‌های حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران کدامند؟» ادامه پیدا کرد و بر اساس پاسخ آن‌ها، سؤالات پیرو پرسیده می‌شد. به طور مثال، «لطفاً ... را بیشتر توضیح دهید» و یا «یکی از تجارب خود در این مورد را تعریف کنید».

مدت زمان مصاحبه بین ۲۵ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه تکمیلی با ۱۰ نفر به صورت مکاتبه‌ای به صورت ایمیل انجام شد.

داده‌ها با استفاده از شیوه تحلیل محتوای مرسوم (Conventional content analysis) در سه مرحله پیشنهاد شده توسط Elo و Kyngäs (۱۷) تجزیه و تحلیل گردید. در مرحله آماده‌سازی داده‌ها، هر مصاحبه کلمه به کلمه رونویسی شد و متن آن چندین بار مورد مطالعه قرار گرفت تا درک کلی از ایده‌های اصلی آن به دست آید. در مرحله سازماندهی، داده‌ها از طریق بررسی رونوشت و تعیین و برچسب‌گذاری واحدهای معنی برای تولید کدهای اولیه کاهش یافت. کدها به طور مداوم با یکدیگر مقایسه گردید و بر اساس شباهت‌هایشان در زیرشاخه‌ها دسته‌بندی شدند. به طور مشابه، زیرمجموعه‌ها با هم مقایسه و در دسته‌های بزرگ‌تر گروه‌بندی شدند. کدها، زیرمجموعه‌ها و مقوله‌ها بر اساس مصاحبه‌های جدید بیشتر، توسعه و اصلاح شدند. در نهایت، داده‌ها در مرحله گزارش ارایه شدند (جدول ۱).

کدگذاری سطح اول: در این مرحله پس از خوانش متن مصاحبه‌ها، با در نظر گرفتن واحد تحلیل پاراگراف، تک‌تک مفاهیمی که دارای بار معنای بودند، استخراج گردید. این مفاهیم در این مرحله به تفکیک هر مصاحبه احصا شدند.

کدگذاری سطح دوم: در این مرحله مفاهیم به دست آمده بر اساس اشتراکات معنایی، در قالب انتزاعی‌تر و در یک زیرمؤلفه قرار گرفتند و سپس زیرمؤلفه‌ها بر اساس شباهت‌های معنایی در قالب یک مؤلفه اصلی جای گرفتند.

مسأله مبنایی در سنجش روایی تحقیق کیفی، چگونگی مشخص کردن پیوند روابطی است که محقق درباره آن‌ها مطالعه و آن‌ها را تفسیر می‌کند. به بیان دیگر، آیا روابط آشکار شده در یک موضوع تحقیق که به شیوه کیفی مطالعه شده است، واقعاً وجود دارد یا این روابط در جهان واقعی وجود ندارد و محقق آن‌ها را به اشتباه برقرار ساخته است؟ (۱۸). به همین منظور، جهت اطمینان از روایی پژوهش، محقق از روش‌های چند سویه‌نگری منابع داده‌ها، بازبینی توسط همکاران و بررسی توسط اعضا استفاده کرد که در ادامه به شرح آن‌ها پرداخته می‌شود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

جدول ۱. مؤلفه‌های حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران

مقوله کلی (فراگیر)	مقوله ثانویه (سازنده)	مقوله اولیه
سلامت نظام اداری	استقلال و خوداتکایی	استقلال سازمانی، استقلال مالی، خوداتکایی
	مدیریت منابع	توزیع منابع مالی، مدیریت منابع فیزیکی و تجهیزات، مدیریت منابع مالی
	شفافیت	شفافیت در عملکرد، شفافیت در فرایندها، شفافیت در وظایف
	پاسخگویی	پاسخگویی سازمانی، پاسخگویی دولت، پاسخگویی در مقابل جامعه
	حرفه‌ای‌گرایی	حرفه‌ای بودن پزشکان، حرفه‌ای بودن پیراپزشکان
	اخلاق محوری	اخلاق‌مداری، اخلاق پزشکی، اخلاق در آموزش پزشکی
	قانون‌گرایی	بازنگری قوانین، ایجاد الزامات قانونی، نظارت بر اجرای قوانین
	تخصص‌گرایی	تخصص مدیران، تخصص کارکنان
	کیفیت خدمات	ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، کاهش مرگ و میر، کاهش بیماری، ارتقای کیفیت خدمات درمانی، ارتقای شاخص‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات آموزشی، ارتقای کیفیت آموزش مهارت‌های بالینی پزشکی، کیفیت خدمات آموزش مهارت‌های بالینی پیراپزشکی
	بهره‌وری	کارایی، اثربخشی، بهره‌وری منابع، بهره‌وری خدمات، بهره‌وری کارکنان
	نظارت و ارزیابی درونی سازمانی	اعتباربخشی دانشگاه (درون سازمانی)، نظارت بر عملکرد دانش‌آموختگان، نظارت بر اجرای برنامه‌ها، اعتباربخشی دانشگاه (درون سازمانی)
	نظارت و ارزیابی برون سازمانی	ارزیابی توسط نهادهای نظارتی، ارزیابی اعتباربخشی (برون سازمانی)
	بازنگری قوانین	بازنگری در ساز و کارهای قانونی، بازنگری در ساز و کارهای نظارتی
چابکی سازمان	ساختار منعطف	انعطاف‌پذیری، تغییر ساختار، کاهش بروکراسی
	برون‌سپاری	کاهش تصدی‌گری دولت، مشارکت بخش خصوصی
	پویایی و کارآفرینی	چابک‌سازی، پویایی، نوآوری
	آینده‌پژوهی	آینده‌پژوهی، آینده‌نگاری
	برنامه‌ریزی مبتنی بر آینده	برنامه‌ریزی مبتنی بر آینده، تصمیم‌گیری مبتنی بر آینده‌نگری
شایسته‌سالاری	دید سیستمیک	تفکر سیستمی، دید استراتژیک
	مهارت‌های مدیریت	تجربه مدیریتی، جانشین‌پروری، تفویض اختیار، آموزش مهارت‌های مدیریتی
	شایسته‌گزینی	اهمیت دادن به افراد شایسته، داشتن نظام انتصابات، انتصاب مدیران بر مبنای شایستگی
	(جلب مشارکت جامعه)	جلب مشارکت مردم، جلب مشارکت سازمان‌ها
	جلب مشارکت ذی‌نفعان داخلی	مشارکت دانشجویان، مشارکت کارکنان، سیاست جلب مشارکت
	تعهد مدیران	میزان تعهد مدیران، میزان مسؤولیت‌پذیری مدیران، نگرش مثبت مدیران ارشد به سازمان
	رضایتمندی کارکنان	میزان تشویق کارکنان، میزان توجه به مسایل انگیزشی و امور رفاهی آنان
توسعه سرمایه	کارکنان	مدیریت علمی، توانمندسازی کارکنان، آموزش کارکنان، آموزش تفکر بیمارمحوری
انسانی	مدیران	توسعه دید سیستمیک مدیران، توسعه مهارت مدیران، جانشین‌پروری مدیران
	دانشجویان	آموزش بالینی دانشجویان، افزایش انگیزه دانشجویان، آموزش صحیح دانشجویان
	اعضای هیأت علمی	توانمندسازی اعضای هیأت علمی، افزایش شرایط ماندگاری، آموزش مداوم
توسعه سرمایه اجتماعی	توسعه روابط برون دانشگاهی	افزایش اعتماد عمومی به سلامت، ارتقای مسؤولیت اجتماعی، افزایش ارتباط با گروه‌های کلیدی جامعه
	توسعه روابط درون دانشگاهی	تشکل‌های دانشجویی، همکاری‌های علمی، تشکیل تیم‌های کاری
	عدالت در توزیع خدمات سلامت	توزیع مناسب خدمات سلامت، آمایش سرزمین، اجتماعی شدن سلامت
	عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	افزایش خدمات، افزایش قدرت انتخاب مردم، جلب اعتماد مردم
سلامت‌محوری	اصالت‌بخشی به سلامت جامعه	جلب مشارکت جامعه (در امر سلامت)، ارتقای سلامت جامعه
	اصالت‌بخشی به بیمار	افزایش تفکر بیمارمحوری، اصالت بخشیدن به بیمار
	افزایش خدمت‌رسانی به بیماران	توجه به گیرنده خدمت، تناسب پزشک و پرستار
	ارتقای سواد سلامت جامعه	اجتماعی شدن سلامت، افزایش سواد سلامت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

جدول ۱. مؤلفه‌های حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران (ادامه)

مقوله کلی (فراگیر)	مقوله ثانویه (سازنده)	مقوله اولیه
توسعه زیرساخت‌ها	توسعه دانشگاه در سطح بین‌المللی	ارتقای رتبه دانشگاه، ارایه خدمات آموزشی بین‌المللی، ارتباطات بین‌المللی دانشگاه، حضور در صحنه‌های بین‌المللی
	ارایه خدمات سلامت در سطح بین‌المللی	ارایه خدمات سلامت در سطح بین‌المللی، بهینه‌کاوی از دانشگاه‌های جهان، توریسم سلامت
	توسعه سیستم‌های ارتباطی	بهره‌گیری از فن‌آوری و تکنولوژی‌های نوین، توسعه ارتباطات درون و برون سازمانی، توسعه مهارت‌های ارتباطی
	توسعه منابع و امکانات	استانداردسازی زیرساخت، تأمین منابع و امکانات، توزیع مناسب امکانات
	توسعه تجهیزات	استانداردسازی تجهیزات، تأمین زیرساخت تجهیزات

پس از استخراج مفاهیم کلیدی، مفاهیم بر اساس وجوه اشتراک و افتراق، در قالب مقوله‌های فرعی جای گرفتند. جهت اطمینان از روایی پژوهش، از روش‌های چند سویه‌نگری منابع داده‌ها، بازبینی توسط همکار پژوهش (۱۹) و بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان استفاده گردید. به صورت کلی، بررسی توسط اعضا به عنوان فرایند کنترل کیفیت تعریف می‌شود که از طریق آن، پژوهشگر به دنبال ارتقای صحت، روایی و باورپذیری داده‌هایی است که در طول مصاحبه‌ها ثبت نموده است (۲۰). برای این منظور، دو منبع اصلی یعنی اعضای هیأت علمی متخصص در حوزه حکمرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی (سابقه تألیف و راهنمایی پایان‌نامه و رساله و نشر مقالات علمی) و خبرگان اجرایی و مدیریتی مرتبط با حوزه حکمرانی به عنوان گروه‌هایی که می‌توانند داده‌هایی را به محقق در خصوص موضوع مورد پژوهش ارایه دهند، انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

فرایند تحلیل داده‌ها و نتایج به دست آمده در اختیار متخصصان و همکارانی که در طول پژوهش مشارکت داشتند، قرار گرفت و به تأیید آنان رسید. در مطالعه حاضر، به منظور افزایش دقت پژوهش به وسیله چک کردن اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان بعد از انجام مصاحبه‌ها، با مراجعه مجدد به مصاحبه شوندگان، کدهای استخراج شده از متون مصاحبه مورد بررسی و بازبینی مجدد قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد که در مورد این کدها و میزان تطابق آن‌ها با مصاحبه‌های صورت گرفته نظرات خود را بیان نمایند. در این مرحله، نظر نهایی مصاحبه شوندگان مبنی بر تناسب یافته‌ها و همچنین، منطقی بودن یافته‌ها حاصل گردید که نشان دهنده روایی قابل قبول یافته‌های تحقیق حاضر می‌باشد [روش بررسی توسط اعضا که Lincoln و Guba (۲۱) به آن تأکید و توجه داشتند].

برای تأیید مقبولیت داده‌ها، یافته‌های استخراج شده مجدد به تمامی مصاحبه شوندگان (۲۴ نفر) ارسال گردید که ۲۰ نفر پاسخ خود را ارسال و داده‌ها را تأیید نمودند. به اعتقاد Healy و Perry (۲۲)، کیفیت یک مطالعه در هر پارادایمی باید از منظر پارادایم مرتبط با آن ارزیابی گردد (۲۳). برای بررسی پایایی مصاحبه‌ها در پژوهش حاضر، از روش پایایی بازآزمون (Re-test reliability) و پایایی توافق بین دو کدگذار (Inter-coder reliability) استفاده شد. به منظور محاسبه پایایی بازآزمون، از بین مصاحبه‌های انجام شده، ۳ مصاحبه انتخاب و هر کدام از آن‌ها دو بار در یک فاصله زمانی یک ماهه توسط پژوهشگر کدگذاری شد. بدین ترتیب، تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ۳۰ روزه برابر با ۳۴۰، تعداد کل توافقات بین کدها در این دو زمان برابر با ۱۴۶ و تعداد کل عدم توافقات در این دو زمان برابر با ۳۸ به دست آمد. پایایی بازآزمون مصاحبه‌های انجام گرفته در تحقیق با استفاده از رابطه ۱، ۰/۷۴ بود. با توجه به این که این میزان بیشتر از ۶۰ درصد است، می‌توان گفت قابلیت اعتماد کدگذاری‌های مصاحبه‌های پژوهش مورد تأیید می‌باشد (۲۴).

رابطه ۱:

$$\text{درصد پایایی بازآزمون} = \frac{\text{تعداد توافقات} \times 2}{\text{تعداد کل کدها}} \times 100 \text{ درصد}$$

توافق بین کدگذاران عبارت از توافق دو یا چند کدگذار در زمینه کدهای مورد استفاده در خصوص بخشی از متن مصاحبه می‌باشد. در طی این فرایند، یک کدگذار دیگر متن را با همان کد یا کدهای مشابه کدگذاری می‌کند (۲۵). برای محاسبه پایایی مصاحبه با روش توافق درون موضوعی دوکدگذار، از یک دانش‌آموخته مقطع دکتری مدیریت آموزشی درخواست شد تا به عنوان همکار (کدگذار) در پژوهش مشارکت کند. با توجه به این که همکار (کدگذار) با تکنیک‌های کدگذاری مصاحبه‌ها آشنایی داشت، محقق به همراه این فرد، سه مصاحبه (کدهای ۷، ۱۱ و ۲۴) را کدگذاری نمود و درصد توافق درون موضوعی (توافق بین دو کدگذار) با استفاده از رابطه ۲ محاسبه گردید.

رابطه ۲:

$$\text{درصد توافق دو کدگذار} = \frac{\text{تعداد توافقات} \times 2}{\text{تعداد کل کدها}} \times 100 \text{ درصد}$$

تعداد کل کدها که توسط محقق و همکار تحقیق به ثبت رسید، ۲۹۷ و تعداد کل توافقات بین این کدها، ۱۲۵ و تعداد کل عدم توافقات بین این کدها، ۴۸ بود. پایایی بین کدگذاران برای مصاحبه‌های انجام‌گرفته در مطالعه حاضر با استفاده از رابطه ذکر شده، ۸۴ درصد به دست آمد. با توجه به این که این میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد می‌باشد، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید بود و می‌توان ادعا کرد که میزان پایایی تحلیل مصاحبه‌های صورت‌گرفته مناسب می‌باشد.

یافته‌ها

۷۹/۲ درصد شرکت‌کنندگان را مردان و ۲۰/۸ درصد آنان را زنان تشکیل دادند که ۵۰ درصد اعضای هیأت علمی (۲۹/۲ درصد آن‌ها استاد تمام، ۱۶/۶ درصد

https://hsr.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

دانشیار، ۴/۲ درصد استادیار) و ۵۰ درصد غیر هیأت علمی با سابقه اجرایی و مدیریتی بودند. ۱۲/۵ درصد در گروه سنی کمتر از ۵۰ سال، ۵۴/۲ درصد در گروه سنی ۵۰ تا ۵۵ سال، ۳۳/۳ درصد در گروه سنی بیشتر از ۵۵ سال قرار داشتند. ۴/۲ درصد از نمونه‌ها سابقه کاری کمتر از ۱۵ سال، ۴۱/۶ درصد سابقه بین ۱۵ تا ۲۵ سال و ۵۴/۲ درصد سابقه بیشتر از ۲۵ سال داشتند. در رویکرد Glaser، داده‌های حاصل از تحلیل اسناد و مصاحبه‌ها طی سه گام اصلی کدگذاری تحلیل می‌گردد تا در نهایت، الگویی از فرایندهایی را که در واقعیت رخ می‌دهد، نمایان سازد. بدین ترتیب، در پژوهش حاضر، داده‌های حاصل از تحلیل اسناد و مصاحبه‌ها، طی سه گام کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد پردازش قرار گرفتند. در طی فرایند، با ۲۴ نفر از متخصصان و خبرگان مصاحبه گردید و داده‌ها به اشباع نظری رسید. از تکنیک Delphi برای تکمیل درون‌مایه‌ها و داخل ساختن نظر خبرگان به منظور غنی‌تر شدن نتایج استفاده شد. سپس با خوانش دقیق مصاحبه‌ها، مفاهیم کلیدی احصا شدند. مفاهیم نیز بر اساس وجوه اشتراک و افتراقشان در قالب مقوله‌های فرعی و اصلی جایگذاری شدند.

۹۲۰ کد باز اولیه و ۱۲۲ مقوله اولیه (کدهای محوری) و ۴۲ مقوله ثانویه و ۸ مؤلفه اصلی به دست آمد. اولین مؤلفه اصلی (بعد)، استقلال و خوداتکایی دانشگاه‌ها و مجزا بودن مدیریت نظام آموزش عالی در حوزه سلامت بود که بیشترین تعداد تکرار را در بین خبرگان مورد نظر به خود اختصاص داد. استقلال دانشگاه و احترام به حقوق دانشمندان، نه تنها کیفیت خدمات دانشگاه‌ها را ارتقا می‌دهد، بلکه کیفیت آموزشی ارایه شده را بالا می‌برد. با ایجاد استقلال دانشگاه، خلاقیت و نوآوری بهبود می‌بخشد. مدیران دانشگاه همچنان که سعی در مشارک دادن ذی‌نفعان دانشگاه در تصمیم‌گیری‌ها دارند، تلاش می‌کنند از دخالت‌ها و فشارهای نهادها و نیروهای بیرونی در امور دانشگاه جلوگیری نمایند. به عبارت دیگر، سعی می‌کنند استقلال دانشگاه را در زمینه‌های مختلف (سازمانی، علمی، مالی) حفظ نمایند تا خود دانشگاهیان بر امور دانشگاهی نظارت و کنترل داشته باشند نه نیروها و نهادهای بیرونی که بیشتر منافع خود را لحاظ می‌کنند. خبرگان شرکت‌کننده در پژوهش، شفافیت (فضای باز و شفافیت)، پاسخگویی، حرفه‌ای‌گرایی، اخلاق محوری، قانون‌مداری و فسادستیزی، تخصص‌گرایی، ارتقای کیفیت خدمات، توجه به اصل بهره‌وری، نظارت و ارزیابی درون و برون سازمانی و بازنگری قوانین را محصول سلامت نظام اداری در دانشگاه و برای حکمرانی نظام سلامت مفید دانستند. همچنین، خبرگان، ایجاد و ترویج شایسته‌سالاری و تعهد به آن، شایسته‌گزینی، تفکر سیستمیک، تعهد سازمانی (مدیران و کارکنان)، تیم کاری و جلب مشارکت کارکنان و توجه به رضایتمندی آنان را از جمله مؤلفه‌های بعد شایسته‌سالاری برای حکمرانی نظام سلامت دانستند.

در بعد سلامت‌محوری، بر توجه به بیمار و محور بودن بیمار در ارایه خدمات تأکید می‌گردد و خبرگان پژوهش موضوع اصالت بخشیدن به مسأله سلامت جامعه، ارتقای سطح سواد جامعه در حوزه سلامت، افزایش قدرت انتخاب مردم، جلب اعتماد مردم، جلب مشارکت جامعه (در امر سلامت) و ارتقای سطح سلامت جامعه را از جمله مؤلفه‌های بعد سلامت‌محوری می‌دانند.

بعد چابکی سازمان اشاره به ساختار منعطف، پویایی و سازگاری مناسب در برابر تغییرات توسط دانشگاه دارد. دانشگاه، سازمانی پویا و پیچیده است. از همین‌رو، دانشگاه‌ها باید به دنبال ایجاد ساختاری منعطف، پویا و سازگار شونده باشند. سازگاری با محیط، یکی از الزامات توسعه پایدار و فعال نظام دانشگاهی در شرایط تغییر شتابان امروزی است. پویایی و کارآفرینی، آینده‌نگری، آینده‌نگاری و نیز آینده‌پژوهی و برنامه‌ریزی مبتنی بر آینده، از مؤلفه‌های قابل توجه این بعد به شمار می‌رود. در جهت چابک‌سازی حرکت به سمت واگذاری امور و برون‌سپاری به بخش خصوصی، سازگاری دانشگاه‌ها با محیط یک معیار اساسی برای کیفیت نظام سلامت است. دانشگاه‌ها با توجه به افزایش نرخ تغییر باید از فرهنگ سازمانی پویا و چابک برخوردار باشند تا بتوانند بر مسایل و مشکلات پیچیده امروزی فایق آیند. خبرگان شرکت‌کننده، تعالی، توسعه منابع انسانی (کارکنان، مدیران، دانشجویان، اعضای هیأت علمی)، توسعه آگاهی و دانش دانشگاهیان را از جمله مؤلفه‌های بعد توسعه سرمایه انسانی برای حکمرانی نظام سلامت می‌دانند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده، دانشگاه‌ها باید درصدد ارتقای آگاهی دانشگاهیان نسبت به مفهوم، چیستی و فلسفه وجودی دانشگاه باشند و آن‌ها را نسبت به تغییر و تحولات پیرامونی خود آگاه نمایند. همچنین، باید به دنبال ایجاد نظام جذب و ارتقای مطلوب نیروی انسانی (داشتن نظام جذب مطلوب و هدفمند دانشجو، نظام جذب استاد، پذیرش دانشجو) در دانشگاه باشند. بعد توسعه سرمایه‌های اجتماعی به توسعه روابط درون و برون دانشگاهی، عدالت در توزیع خدمات سلامت در جامعه، عدالت در دسترسی مردم به خدمات سلامت، افزایش اعتماد عمومی به سلامت، ارتقای مسؤولیت اجتماعی، افزایش ارتباط با گروه‌های کلیدی جامعه، توجه ویژه به تشکل‌های دانشجویی و جلب مشارکت آنان اشاره دارد. توسعه همکاری‌های علمی، تشکیل تیم‌های کاری، آمایش سرزمین، اجتماعی شدن سلامت و توسعه خدمات و تنوع آن (در حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و افزایش قدرت انتخاب مردم در دریافت خدمات سلامت، جلب اعتماد مردم، جلب مشارکت جامعه (در امر سلامت) و در نهایت، تلاش در جهت ارتقای سلامت جامعه مورد نظر خبرگان پژوهش بود. خبرگان شرکت‌کننده، توسعه دانشگاه در سطح بین‌المللی، ارایه خدمات سلامت در سطح بین‌المللی،توسعه سیستم‌های ارتباطی، توسعه منابع و امکانات و توسعه تجهیزات را از جمله مؤلفه‌های بعد توسعه زیرساخت‌ها برای حکمرانی نظام سلامت عنوان کردند. بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر، دانشگاه‌ها در جهت ارتقای سطح کیفی خدمات، باید نسبت به تأمین زیرساخت‌ها هم از نظر سخت‌افزاری و هم نرم‌افزاری اقدام نمایند. دانشگاه‌ها از طریق توسعه سیستم‌های ارتباطی (ملی و بین‌المللی) حضور پر رنگ در صحنه‌های بین المللی خواهند داشت و می‌توانند با بهره‌گیری از فن‌آوری و تکنولوژی‌های نوین و بهینه‌کاوی، از دانشگاه‌های جهان خدمات خود را در قالب دانشگاه بین‌الملل و توریسم سلامت گسترش دهند.

بحث

نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته نشان داد که حکمرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی دارای ۴۲ مؤلفه فرعی و ۸ مؤلفه اصلی (شامل استقلال و خوداتکایی، سلامت نظام اداری، چابکی سازمان، شایسته‌سالاری، توسعه سرمایه انسانی، توسعه سرمایه اجتماعی، سلامت‌محوری و توسعه زیرساخت‌ها) می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده تاکنون در زمینه حکمرانی در آموزش عالی، اغلب بر مباحث نظری مرتبط با حکمرانی و حکمرانی آموزش عالی متمرکز بوده و تلاش شده است تا چالش‌ها، عوامل زمینه‌ساز و پیامدهای آن را مورد بررسی قرار دهد (۲۶). در زمینه حکمرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحقیقات کمتری به نسبت آموزش عالی صورت گرفته است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

نتایج حاصل از مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات Wise و همکاران (۲۶)، داداش کریمی و همکاران (۲۷)، رونقی و همکاران (۲۸) و حشمتی و ملکی (۲۹) از نظر برخی مؤلفه‌ها مانند شفافیت و پاسخگویی (زیرمؤلفه‌های سلامت نظام اداری) همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش حاضر از نظر برخی ابعاد با نتایج مطالعات عبدی و پورعزت (۳۰) و Song و McCarthy (۳۱) پیرامون بین‌المللی‌سازی ساختار دانشگاه همسو می‌باشد. رادفر و همکاران در تحقیقی با هدف ارایه مدل جهت تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت با بررسی شش شاخص «پاسخگویی، مشارکت مردمی در مدیریت جامعه، کنترل فساد، کیفیت مقررات حاکمیت قانون و ثبات سیاسی» به این نتیجه رسیدند که بین میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت افراد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۳۲) که با برخی از زیرمؤلفه‌های پژوهش حاضر (پاسخگویی) و مؤلفه سلامت نظام اداری همسو بود.

نتایج مطالعه بخشی و همکاران نشان داد که که حکمرانی خوب دارای هشت بعد «بین‌المللی‌سازی دانشگاه، پاسخگویی، چشم‌انداز دانشگاه، آزادی علمی، کار تیمی، آینده‌نگری، شفافیت و ساختار دانشگاه» است (۲۵) که در ابعاد «بین‌المللی‌سازی، پاسخگویی، شفافیت و پاسخگویی» با بررسی حاضر هم‌راستا می‌باشد. آزادی و همکاران در تحقیق خود دریافتند که در مجموع، ۶۰ شاخص در قالب ۱۰ عامل به عنوان عوامل تأثیرگذار بر حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در مدیریت بحران شیوع بیماری‌های نوظهور شناسایی گردید. این ۱۰ عامل شامل «تعامل راهبردی، اعتمادسازی، مهارت‌ها، قوانین و آیین‌نامه‌ها، پایداری چرخه مشارکت، پاسخگویی، بازیگران ائتلاف، دوراندیشی راهبردی، مدیریت مشارکت و تفکر راهبردی کارآفرینانه» می‌شد (۳۳). حاجیلو و همکاران در پژوهشی با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی توسعه منابع انسانی مبتنی بر حکمرانی خوب در دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به این نتیجه رسیدند که مدل توسعه منابع انسانی مبتنی بر حکمرانی خوب شامل ده عامل «پاسخگویی، شفاف‌سازی، ظرفیت‌سازی حکمرانی و توسعه، نگرش و هویت‌بخشی، هماهنگ‌سازی، نتیجه‌گرایی، اثربخشی نقش‌ها و وظایف، توسعه فرهنگی اجتماعی، توسعه فردی، توسعه آموزشی» می‌باشد (۳۴) که دو مطالعه مذکور (۳۴، ۳۳) از نظر تفکر راهبردی و پاسخگویی و شفاف‌سازی با یافته‌های بررسی حاضر همسویی داشت. نتایج تحقیق رجایی و همکاران (۳۵) با یافته‌های پژوهش حاضر در برخی ابعاد هم‌راستا بود. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تأثیرگذاری مؤلفه‌های «شفافیت، پاسخگویی، کیفیت مقررات و کنترل فساد» بیشتر از تأثیرپذیری است. بنابراین، با شناسایی و اولویت‌بندی مؤلفه‌های خوب و به کارگیری آن‌ها در سطح بهداشت و درمان، می‌توان قدم‌های مؤثری برداشت.

در مطالعه حاضر که در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران صورت گرفت، مؤلفه‌هایی مانند استقلال و خوداتکایی، شایسته‌سالاری، سلامت‌محوری (زیرمؤلفه‌های مهم اصالت‌بخشی به سلامت جامعه، اصالت‌بخشی به بیمار، افزایش خدمت‌رسانی به بیماران، ارتقای سطح سواد سلامت جامعه)، چابکی سازمان و عدالت‌محوری علاوه بر مؤلفه‌های شناسایی شده در تحقیقات مشابه شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، برخی از مهم‌ترین مؤلفه‌های حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران شناسایی شد. با توجه به اهمیت موضوع حکمرانی به ویژه در دنیای متغیر و غیر قابل پیش‌بینی امروز، تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران نظام سلامت بهتر است به مؤلفه‌هایی مانند استقلال و خوداتکایی دانشگاه‌ها در جهت تأمین منابع مالی و کاهش وابستگی به منابع دولت و نیز مدیریت بهینه منابع، سلامت نظام اداری، شفافیت و پاسخگویی در راستای ارتقای کیفیت خدمات سلامت، پیشگیری از تخلفات و جلب رضایت ذی‌نفعان، عدالت اجتماعی و توزیع مناسب و عادلانه منابع و نوآوری و پویایی سیستم توجه اساسی داشته باشند؛ چرا که برای سازگاری، ایجاد ساختار منعطف در راستای پویایی سازمان و نوآوری، افزایش توان رقابت و عملکرد بهتر با تغییرات کنونی،گریزی به جز آن نیست. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر با توجه به پراکندگی جغرافیایی مصاحبه شوندگان، هماهنگی برای انجام مصاحبه بود که دشواری‌هایی به همراه داشت که در بعضی موارد باعث عدم همکاری برخی از خبرگان و متخصصان شد.

از جمله پیشنهادها برای تحقیقات آینده، انجام پژوهش تطبیقی با استفاده از روش‌های تطبیقی مانند الگوی Benchmarking در زمینه حکمرانی یا حکمرانی بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی دنیا و مقایسه آن با شیوه حکمرانی در کشور ایران، کمی‌سازی مؤلفه‌های شناسایی شده و ارزیابی وضعیت فعلی حکمرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران می‌باشد. بر اساس مؤلفه‌های شناسایی شده در مطالعه کیفی حاضر، پیشنهادهایی ارایه می‌گردد که در ادامه آمده است.

تحقیقات گسترده به منظور شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌ها و اصلاح الگوی حکمرانی نظام سلامت کشور و تلاش در جهت استقلال و خوداتکایی دانشگاه‌های علوم پزشکی، کاهش مداخله مستقیم دولت در تصمیم‌گیری‌ها، تشخیص فاصله بین وضعیت موجود و مطلوب استقلال دانشگاهی و درک خلأ موجود، آسیب‌شناسی علل ایجاد فساد نظام اداری، بررسی وضعیت سلامت سازمان، تلاش در جهت شفاف‌سازی و بهبود فرایندهای اداری- مالی و تقویت فرهنگ پاسخگویی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌ریزی صحیح و بهره بردن از تمامی منابع و امکانات، حذف مقررات زاید اداری، بازنگری و مهندسی مجدد ساختارهای سازمانی و فرایندها، بازنگری در قوانین و مقررات و انعطاف‌پذیری آن‌ها در جهت چابکی و رقابت‌پذیری سازمان، بازتعریف ساز و کارهای نظارتی به نحوی که گردش کارها با سرعت و سهولت بهتری انجام پذیرد، انتصاب مدیران مبتنی بر شایستگی و تخصص‌گرایی همگام با توجه به برنامه‌های مدیریتی کاربردی، تلاش برای توسعه دیپلماسی و روابط بین‌المللی، پیاده‌سازی الگوی سیاست‌گذاری مشارکتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی با تأکید بر مشارکت ذی‌نفعان (به ویژه اعضای هیأت علمی)، گسترش پیوند و ارتباطات در دانشگاه‌های علوم پزشکی با صنایع، سازمان‌های دولتی و خصوصی، بنگاه‌ها و...، توجه مدیران دانشگاه‌ها به بعد فردی و سازمانی در رفتارهای شهروندی و ابعاد ساختاری، ارتباطی، شناختی، مدیریتی، سازمانی، گروهی و فردی سرمایه اجتماعی، ارتقای سطح سرمایه‌های اجتماعی در فرایندها و عملکردها، برنامه‌ریزی برای ارتقای زیرساخت‌های فیزیکی و فن‌آوری (بهره‌گیری از تکنولوژی‌های نوین) و توسعه صنعت گردشگری سلامت در کشور.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته آموزش عالی، مصوب دانشگاه تهران می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیر کل و کارشناسان محترم روابط عمومی وزارت‌خانه، روسای محترم بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و کلیه عزیزانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. Tehran Univ Med J 2019; 77(8): 537-8. [In Persian].
2. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
3. Azadiyan M, Vosoogh Moghaddam A, Farhadi Mahalli A. Fuzzy Analytical Hierarchy Process (AHP) of Good Governance Components for Health System Policy-Making in the Islamic Republic of Iran. Manage Strat Health Syst 2021; 6(2): 87-102. [In Persian].
4. Mosadeghrad A, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health System Governance in Iran: A Delphi Study. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2020; 17(4): 317-36. [In Persian].
5. Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. Health System Governance: A Conceptual Review. Hakim Health Sys Res 2021; 24(1): 35-54. [In Persian].
6. Greer SL, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. Health Policy 2014; 116(1): 12-7.
7. Salarianzadeh MH, Latifi Jaliseh S. Challenges of Governance Structure in the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education of Iran Based on Network Structure Model. Hakim Health Sys Res 2020; 23(2): 189-200. [In Persian].
8. Hanson C, Luedtke S, Spicer N, Stilhoff Sörensen J, Mayhew S, Mounier-Jack S. National health governance, science and the media: drivers of COVID-19 responses in Germany, Sweden and the UK in 2020. BMJ Glob Health 2021; 6 (12).
9. Al-Arini MbAA. The reality of applying governance from the viewpoint of the members of the administrative and academic bodies working at Imam Muhammad bin Saud Islamic University. Int J Educ Spec 2014; 3: 117.
10. De Boer HF, Huisman J. Governance trends in European higher education. In: Giliberto C, Jarvis D, editor. Convergence and diversity in the governance of higher education: Comparative perspectives. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2020. p. 333-54.
11. Mohammadi Manesh G, Ahmadnejad E, Nemati A, Asadi-Lari M. Equity on access to health care services among COVID-19 cases and related deaths in Iran: A sub-national survey. J Health Adm 2022; 25: 80-91. [In Persian].
12. Alsheikh GYM. Improving outcomes of medical colleges: Institutional Governance and Communication Protocol (IGCP). Med j Basrah Univ 2020; 38(1): 1-6.
13. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi J Med Sci 2019; 26(9): 10-28.
14. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
15. Morse JM. Qualitative health research: Creating a new discipline. 1st ed. London, UK: Routledge, Taylor & Francis; 2012.
16. Rezaee M, Rassafiani M, Khankeh H, Hosseini MA. Experiences of occupational therapy students in the first fieldwork education: A qualitative study. Med J Islam Repub Iran 2014; 28: 110.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1): 107-15.
18. Nikneshan S, Norouzi RA, Nasr Isfahani AR. Analytic Study of Approaches to Validity in Qualitative Research. Methodol Soc Sci Humanit J 2010; 16(62): 141-60.
19. Motulsky S. Is Member Checking the Gold Standard of Quality in Qualitative Research? Qual Psychol 2021; 8(3): 389-406.
20. Creswell JW. Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. 4st ed. Boston, MA: Pearson; 2012.
21. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
22. Healy M, Perry C. Comprehensive Criteria to Judge Validity and Reliability of Qualitative Research within the Realism Paradigm. Qual Mark Res 2000; 3(3): 118-26.
23. Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. J Appl Sociol 2012; 23(1): 19-34. [In Persian].
24. Creswell JW. Research Design; Qualitative, quantitative and mixed approaches. 3rd ed. London, UK: Sage; 2013.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]

25. Bakhshi J, Yousefi Saeedabadi R, Salehi M. Identifying the Good Governance of Dimension and Components in Macro Medical Universities in Region One. Educ Dev Judishapur 2022; 13(2): 406-19.
26. Wise G, Dickinson C, Katan T, Gallegos MC. Inclusive higher education governance: Managing stakeholders, strategy, structure and function. Stud High Educ 2020; 45(2): 339-52.
27. Dadash Karimi Y, Mirsepassi N, Najafbeigi R. Designing the Model of Governance in Higher Education in the Country in the Country. Public Organ Manag 2019; 7(3): 12-28. [In Persian].
28. Ronaghi M, Mahmoudi J, Abolghasemi A. Measuring the Maturity of University Governance. Strateg Manag Thought 2015; 9(2): 135-56. [In Persian].
29. Heshmati A, Maleki A. Responsible Governance of Research and Innovation in Universities. J Iran Soc Stud 2018; 12(2): 28-52. [In Persian].
30. Abdi B, Pourezat AA. Explaining the Coordinates of Good Governance in the Defense Sector. Journal of Teaching in Marine Sciences 2019; 6(1): 1-11. [In Persian].
31. Song X, McCarthy G. Mobility and Governance: Towards an Internationalised Higher Education? Governing Asian International Mobility in Australia: Palgrave Pivot Cham; 2020. p. 169-92.
32. 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). J Iran Polit Sociol 2022; 5(8): 1610-25. [In Persian].
33. Azadi B, Hamidi K, Eslambolchi A, Nikknafas J, Bayat B. The Suitable pattern of participatory governance in the Ministry of Health and Medical Education in crisis management of emerging diseases. Educ Dev Judishapur 2022; 13(1): 14-29. [In Persian].
34. Hajiloo M, Mohammadi N, Doroudi H, Mansori A. Designing an education-based human resource development model with a good governance in Iranian medical universities: A Qualitative Research. Educ Strategy Med Sci 2021; 14(4): 161-71. [In Persian].
35. Rajayee Z, Nasrabadi M, Banihashemi S, Malekzadeh Torkaman P. Identifying and prioritizing the components of Good Governance in the Health Sector using Analytic Network Process and DEMATEL Methods. Adm Law 2023; 10(34): 37-59. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583]