مقاله پژوهشی

طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب

سعید حمزهء [۱]، رضا رستم زاده [۲*]، ماهرخ لطف الهی [۳]، کریم اسگندری [۴]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
[۲] دانشیار، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
[۳] استادیار، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
[۴] استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** رضا رستم زاده
reza.rostamzadeh@iau.ac.ir

ارجاع: حمزهء سعید، رستم زاده رضا، لطف الهی ماهرخ، اسگندری کریم. طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب. راهبردهای مدیریت در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب ۱۴۰۴؛ ۱۰(۲): ۳۵-۱۱۹.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۳۰

زمینه و هدف: آنچه که حکمرانی متعالی را از سایر حکمرانی‌ها متمایز می‌کند تأکید زیاد بر اصول و ارزش‌های اسلامی است. در همین راستا این تحقیق با هدف طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب کشور انجام شده است.

روش پژوهش: روش تحقیق جزو روش تحقیق آمیخته است که در آن به‌صورت همزمان ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده‌است. جامعه آماری در بخش کیفی شامل مطالب انتشار یافته در زمنیه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و در بخش کمی مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی شمال غرب کشور بوده و نمونه آماری از بین کارکنان مدیریت درمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل به تعداد ۳۶۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری در این بخش از نوع پرسشنامه محقق‌ساخته بود. داده‌های به‌دست آمده از طریق رویکرد فراترکیب و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای Smart PLS 3 و MaxQDA 2022 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که حکمرانی متعالی دارای ۸ بعد توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، عوامل ارتباطی، زیرساخت، اقدامات استراتژیک، فرهنگ، مشخصه‌های عمومی، عوامل سازمانی/مدیریتی و سیاست‌های سازمانی است.

نتیجه گیری: این نتایج به‌روشنی اثبات می‌کنند که دستیابی به حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی، بدون تمرکز راهبردی و اولویت‌دار بر ابعاد کلیدی نظیر فرهنگ سازمانی، ساختارهای ارتباطی و مشخصه‌های عمومی امکان‌پذیر نیست. براین اساس، مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت باید، اقدامات هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده‌ای را در هر یک از این زمینه‌ها به اجرا درآورند.

واژه‌های کلیدی: حکمرانی متعالی، سازمان تامین اجتماعی، اخلاق مداری

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

مقدمه

حکمرانی (governance) مفهومی کلیدی در علوم سیاسی، اجتماعی و مدیریت عمومی است که به مجموعه‌ای از فرآیندها، نهادها و روابط اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها قدرت در جامعه اعمال، سیاست‌ها تدوین، و منابع تخصیص داده می‌شوند (۱). در سال‌های اخیر، به‌ویژه در نظام‌های سلامت، حکمرانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عناصر کلیدی در موفقیت سیاست‌ها و خدمات عمومی مورد توجه قرار گرفته است (۲).

یکی از گونه‌های خاص و پیشرفته حکمرانی، "حکمرانی متعالی" (exalted governance) است که به دنبال تحقق عدالت، کرامت انسانی، اخلاق‌محوری و شفافیت در سطحی فراتر از الزامات حکمرانی خوب می‌باشد. این مدل از حکمرانی نه تنها ساختار و فرایندهای سازمانی را شامل می‌شود، بلکه به اصول ارزشی و فرهنگی نیز توجه دارد و در نظام‌های سلامت نقش مؤثری در بهبود کارایی و اثربخشی خدمات ایفا می‌کند (۴،۳).

بر اساس برخی تحقیقات، حکمرانی متعالی از طریق توسعه سازوکارهای شفاف و مشارکتی، می‌تواند موجب ارتقای سلامت نظام اداری و کاهش فساد در دستگاه‌های اجرایی گردد. در پژوهشی داخلی که در دستگاه‌های دولتی انجام شد، با اولویت‌بندی مؤلفه‌های حکمرانی متعالی، مشخص شد که عدالت، پاسخگویی، شفافیت و سلامت اداری از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اثربخشی سازمانی هستند (۵). از سوی دیگر، حکمرانی مؤثر در نظام سلامت نیازمند آگاهی از شرایط اقتصادی، فرهنگی و نهادی هر کشور است. در همین راستا، برخی مطالعات با تمرکز بر تأثیرات نئولیبرالیسم بر ساختارهای حکمرانی، به این نتیجه رسیده‌اند که صرف وجود ساختارهای رسمی بدون لحاظ شرایط زمینه‌ای، نمی‌تواند منجر به توسعه پایدار خدمات سلامت گردد (۶). همچنین، متخصصان حوزه اقتصاد سلامت بیان کرده‌اند که حکمرانی موفق باید بر مبنای اصول کارایی و هزینه-اثربخشی طراحی شود تا منابع محدود، بهینه و عادلانه تخصیص یابد (۷). مطالعه‌ای موردی که بین سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۳ در کشور ایرلند انجام شد، نمونه موفقی از اصلاح ساختار حکمرانی سلامت در سطح منطقه‌ای است. نتایج این تحقیق نشان داد که طراحی مجدد نواحی درمانی مبتنی بر اصول حکمرانی، منجر به افزایش هماهنگی بین نهادها، شفافیت در سیاست‌گذاری و بهبود نتایج سلامت شد (۸). نتایج مشابهی نیز در مطالعات نظری و تجربی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه گزارش شده است؛ از جمله اینکه کیفیت نهادی، ساختار مدیریتی و نظارت مؤثر، ارتباط مستقیمی با عملکرد بهداشتی و رضایتمندی بیماران دارد (۹).

در ایران نیز مطالعات محدودی به بررسی الگوی حکمرانی در نظام سلامت پرداخته‌اند. پژوهشی در نظام سلامت کشور با هدف طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای، نشان داد که هماهنگی بین نهادها، وضوح نقش‌ها، پاسخگویی و شفافیت از ارکان اساسی حکمرانی مؤثر هستند (۱۰). با این حال، نبود چارچوب مشخص برای پیاده‌سازی حکمرانی متعالی در سطح سازمان‌های کلیدی مانند سازمان تأمین اجتماعی، همچنان به‌عنوان یک چالش مطرح است. در همین زمینه، برخی محققان به تفاوت‌های مفهومی میان حکمرانی خوب و حکمرانی متعالی اشاره کرده‌اند. آن‌ها معتقدند حکمرانی متعالی با رویکردی اخلاق‌محور، به دنبال تحقق ارزش‌هایی فراتر از شاخص‌های صرفاً عملکردی است و می‌تواند موجب افزایش سرمایه اجتماعی و اعتماد عمومی گردد (۱۱).

سازمان تأمین اجتماعی، به‌ویژه در مناطق شمال‌غرب کشور، با چالش‌های متعددی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مواجه است. مشکلاتی مانند کمبود منابع مالی، کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، کیفیت پایین خدمات و نبود زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، از جمله مسائل ساختاری هستند که بر عملکرد این سازمان تأثیر منفی گذاشته‌اند (۱۲). در بسیاری از مناطق روستایی، عدم دسترسی به پزشک عمومی، نبود امکانات پایه‌ای پزشکی و ارجاع بیماران به مراکز درمانی دوردست، به بروز نارضایتی گسترده در میان بیمه‌شدگان انجامیده است. از سوی دیگر، مطالعات داخلی بر ضرورت طراحی مدلی بومی برای حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی تأکید دارند. پژوهشی نشان داده است که عدم وجود ساختارهای منسجم و دستورالعمل‌های شفاف برای اجرای حکمرانی، موجب ناهماهنگی بین اجزا و عملکرد جزیره‌ای نهادها می‌شود (۱۳). در همین راستا، مرور نظام‌مند پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات، صرفاً به

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

شناسایی مؤلفه‌های حکمرانی پرداخته‌اند و کمتر به ارتباط علّی آن با نتایج سلامت و کیفیت خدمات پرداخته‌اند. افزون بر این، شکاف قابل‌توجهی در پژوهش‌های جامعه‌محور وجود دارد. در حالیکه مؤلفه‌هایی نظیر شفافیت، پاسخ‌گویی، مشارکت عمومی و یکپارچگی، از عناصر کلیدی حکمرانی متعالی هستند، اما تاکنون چارچوب جامعی که این عناصر را به‌صورت یکپارچه در مدل حکمرانی سازمان تأمین اجتماعی لحاظ کند، ارائه نشده است (۱۴).

با توجه به اهمیت روزافزون حکمرانی در موفقیت نظام‌های سلامت، طراحی و پیاده‌سازی مدلی جامع و متناسب با نیازها و چالش‌های خاص سازمان تأمین اجتماعی، ضرورتی انکارناپذیر است. چنین مدلی باید از یک‌سو مبتنی بر تجارب موفق جهانی و پژوهش‌های داخلی باشد، و از سوی دیگر، زمینه‌ها و اقتضائات خاص مناطق کمتر برخوردار کشور را در نظر گیرد. در نتیجه، طراحی مدل حکمرانی متعالی برای سازمان تأمین اجتماعی در شمال‌غرب ایران می‌تواند گامی مؤثر در ارتقاء کارایی، عدالت و کیفیت خدمات سلامت باشد. از این رو سوال اصلی این تحقیق به این صورت شکل گرفت که مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب به چه صورتی است؟

روش پژوهش

این پژوهش در ۲ مرحله کلی انجام شده است. در مرحله اول به منظور استخراج مقولات، مفاهیم و کدهای مدل از تکنیک فراترکیب استفاده شد؛ بعد از اینکه مقوله‌ها و مفاهیم اصلی استخراج شد، تحقیق وارد مرحله دوم گردید. در این مرحله مدل به‌دست آمده در نمونه آماری بزرگتر (که شامل کارکنان سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب کشور است) آزمون شده است. بنابراین روش تحقیق جزو روش تحقیق آمیخته است که در آن به صورت همزمان و ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است.

در تکنیک فراترکیب جامعه آماری شامل مطالب انتشار یافته در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی Embase، Cochrane Library، Medline، Scopus و موتورهای جستجوی Google و Google Scholar و پایگاه‌های فارسی نظیر SID، Noor Mags و Civilica بود. علاوه بر پایگاه‌های مورد نظر از فرهنگ‌های لغت انگلیسی و فارسی زبان وبستر، آکسفورد، دهخدا و معین برای تبیین مفهوم حکمرانی متعالی استفاده گردید. از کلیدواژه‌های Health System Governance، Health System Stewardship، Governance، Stewardship، Health System، Healthcare System، Health System Strengthening و Healthcare reform و از کلمات فارسی مانند حکمرانی نظام سلامت جهت جستجو استفاده شده است.

معیارهای ورود مطالعات در این پژوهش عبارت بودند از همه مطالعات پژوهشی و مروری فارسی و انگلیسی از ۱۳۹۵ تا ۳۱ شهریور ۱۴۰۲ شمسی که به تعریف، اجزا، پیش نیازها، پیامدها و ابزارهای ارزشیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت اشاره کرده باشند. همچنین مواردی چون مطالعات پایین‌تر از بازه زمانی ۱۳۹۵، مقالات نامرتبط با حکمرانی در نظام سلامت، منابع فاقد اعتبار علمی، منابعی که صرفاً به حکمرانی در حوزه‌های غیرسلامتی پرداخته‌اند یا فاقد پرداختن به مؤلفه‌های حکمرانی متعالی بوده‌اند، به‌عنوان معیار خروج در نظرگرفته‌شدند و کنار گذاشته شدند. مقالات تکراری نیز از فرایند تحلیل حذف گردیده‌اند. فرم استخراج اطلاعات مقالات شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، عنوان، سال انتشار، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه، تعریف، اجزا، پیش نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت بود.

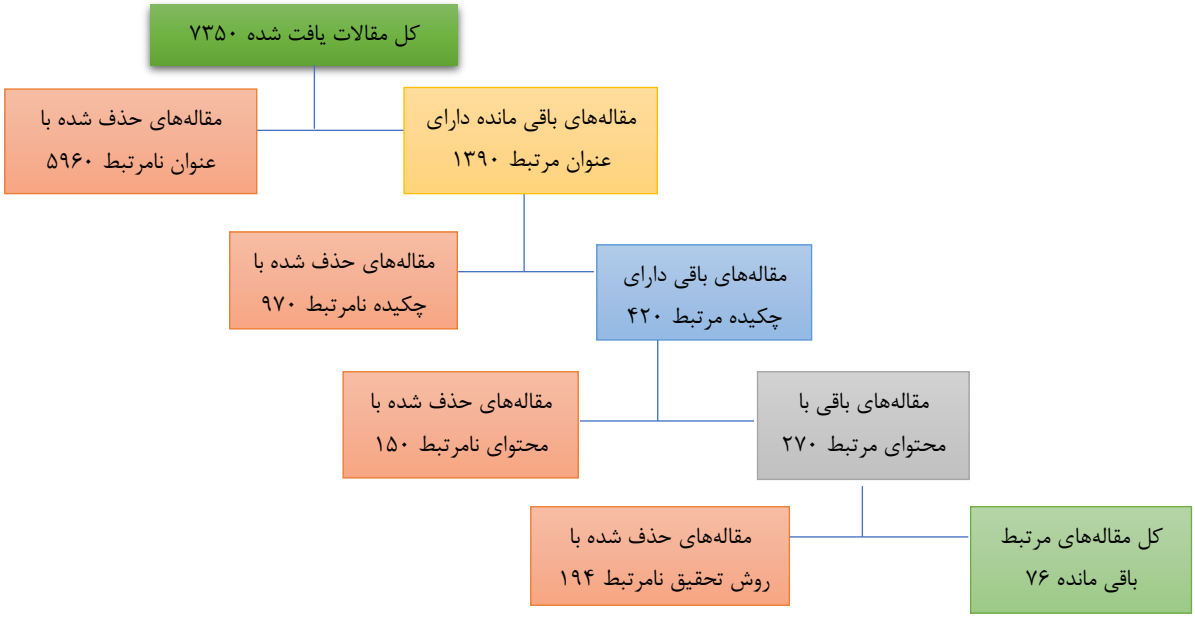
برای ارزشیابی مطالعات از یک چک لیست معتبر (چک‌لیست برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP) از پایگاه (https://casp-uk.net/casp-tools-checklists ویژه ارزشیابی مقالات مروری و پژوهشی استفاده شد. چک‌لیست CASP توسط گروهی از پژوهشگران دانشگاه آکسفورد با حمایت برنامه پژوهش و توسعه خدمات سلامت بریتانیا (NHS R&D) توسعه یافته و به عنوان ابزاری معتبر برای ارزیابی کیفیت مطالعات کیفی و مروری شناخته می‌شود. این چک‌لیست شامل معیارهایی همچون وضوح هدف مطالعه، تناسب روش پژوهش با سؤال تحقیق، کفایت و شفافیت در ارائه داده‌ها، اعتبار منابع، دقت در تحلیل، صراحت در ارائه نتایج، و ارجاع‌دهی علمی دقیق بود. هر مقاله بر اساس این معیارها، امتیازی بین ۱ تا ۱۵ دریافت کرد و آستانه قابل قبول برای ورود مقاله به تحلیل نهایی، کسب حداقل امتیاز ۱۰ بود.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

فرایند ارزشیابی مطالعات با استفاده از چک‌لیست معتبر توسط ۲ نفر از پژوهشگران مسلط به روش‌های تحقیق کیفی و مطالعات مروری به‌صورت مستقل انجام شد. این افراد دارای تجربه قبلی در انجام مطالعات فراترکیب و آشنا به مبانی نظری و عملی حکمرانی در نظام سلامت بودند. هر پژوهشگر به‌طور جداگانه مستندات را بر اساس چک‌لیست مذکور ارزیابی و امتیازات را ثبت کرد. در مواردی که بین امتیازدهی دو ارزیاب اختلاف نظر وجود داشت، جلسه‌ای برای بررسی تطبیقی با حضور داور سوم که متخصص در روش‌شناسی تحقیق و تحلیل محتوا بود، برگزار و با اجماع نظر، امتیاز نهایی هر مقاله تعیین گردید.

در مرحله جستجو ۷۳۵۰ مستند به دست آمد. سپس با حذف مقالات تکراری و بررسی عنوان و چکیده مستندات و بررسی متن کامل، تعداد ۷۶ مقاله وارد تحلیل نهایی شدند. در شکل ۱روند غربالگری مقالات نشان داده شده است.



شکل ۱: مراحل غربال‌گری در تکنیک فراترکیب

در این تحقیق، ترکیب روش‌های کیفی و کمی به‌صورت متوالی انجام شده است. ابتدا در بخش کیفی با استفاده از روش فراترکیب، ابعاد و مؤلفه‌های مدل به‌دست آمد. نرم‌افزار کیفی مورد استفاده در پژوهش، MAXQDA 2022 بوده است. سپس، این مؤلفه‌ها مبنای طراحی پرسشنامه قرار گرفتند. در گام بعد، پرسشنامه در میان نمونه‌ای گسترده توزیع شد تا از نظر آماری و عملیاتی اعتبار مدل بررسی گردد. این رویکرد، ترکیب اکتشافی از روش تحقیق آمیخته محسوب می‌شود. لذا در بخش کمی، جامعه آماری تحقیق کلیه کارمندان شاغل در مدیریت درمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بودند. این استان‌ها در مجموع ۵۲۷۲ کارمند دارند که براساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر باید به عنوان نمونه در نظر گرفته شود. با توجه به نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای، میزان سهم مدیریت درمان تامین اجتماعی استان آذربایجان غربی ۱۰۸ نفر، مدیریت درمان تامین اجتماعی استان آذربایجان شرقی ۱۶۲ نفر و مدیریت درمان تامین اجتماعی استان اردبیل ۹۰ نفر بوده‌است. لازم به ذکر است که معیار ورود شامل تمامی کارمندان شاغل در مدیریت درمان سازمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بود که در زمان اجرای پژوهش مشغول به کار بودند. معیار خروج نیز افرادی بودند که به هر دلیل (مانند عدم تمایل به پاسخگویی، غیبت طولانی‌مدت، یا تکمیل ناقص پرسشنامه) نتوانستند در مطالعه شرکت کنند یا پاسخ‌های آنان کامل و معتبر نبود.

ابزار گرداوری داده‌ها در این بخش از نوع پرسشنامه محقق ساخته با طیف ۵ درجه‌ای لیکرت بود که ابعاد و مولفه‌های آن از طریق تکنیک فراتحلیل گردآوری شده‌است. در این تحقیق، برای هر مؤلفه ۳ سؤال طراحی شد. با توجه به تعداد کل

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

مؤلفه‌ها، پرسشنامه نهایی شامل ۱۱۷ سؤال بود. به تفکیک ابعاد، «توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری» شامل ۱۲ سؤال، «مشخصه‌های عمومی» ۱۸ سؤال، «فرهنگ» ۱۵ سؤال، «عوامل ارتباطی» ۱۲ سؤال، «زیرساخت» ۱۲ سؤال، «اقدامات استراتژیک» ۱۲ سؤال، «عوامل سازمانی–مدیریتی» ۱۸ سؤال و در نهایت «سیاست‌های سازمانی» نیز شامل ۱۸ سؤال می‌باشد. به منظور بررسی روایی ابزار از روایی واگرا و همگرا و برای بررسی پایایی نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقادیر به‌دست‌آمده برای تمامی ابعاد بالاتر از ۰/۷ بود. شایان ذکر است که روایی محتوایی پرسشنامه طراحی‌شده با استفاده از شاخص‌های CVR و CVI، از طریق نظرات جمعی از متخصصان حوزه‌های مدیریت خدمات سلامت (این حوزه شامل مدیریت بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، سیستم‌های بهداشت عمومی، سیاست‌گذاری سلامت، کیفیت خدمات پزشکی، مدیریت پرسنل درمانی، بهبود فرآیندهای مراقبت و ارتقای سلامت جامعه می‌شود)، مدیریت دولتی و مدیریت منابع انسانی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش، علاوه بر نرم‌افزار SPSS [26]، از نرم‌افزار Smart PLS [3] نیز برای تحلیل‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و ارزیابی روابط بین متغیرها استفاده شده است. آزمون‌های آماری به‌کار رفته شامل آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی)، آزمون‌های تحلیل عاملی تاییدی جهت سنجش ساختار پرسشنامه، آزمون آلفای کرونباخ برای ارزیابی پایایی ابزار، و آزمون‌های آماری استنباطی مانند تحلیل رگرسیون و همبستگی جهت بررسی روابط بین مؤلفه‌ها بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر به منظور شناسایی ابعاد و مولفه‌های مدل حکمرانی متعالی از تکنیک فراترکیب استفاده شده است. به همین منظور در این خصوص ۷ مرحله که شامل تنظیم پرسش پژوهش، مرور مبانی نظری به طور سازمان یافته، جست و جو و انتخاب متون مناسب، استخراج اطلاعات متون، تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی، کنترل کدهای استخراجی و نهایتاً ارائه نتایج، طی شد. در روش فراترکیب، مقالات منتخب و نهایی‌شده به‌صورت مستمر و چندباره مرور شدند تا یافته‌های محتوایی عمیق‌تری از مطالعات اولیه و اصلی استخراج گردد. معیارها و زیرمعیارهای مدل نیز تعیین شدند. هدف فراترکیب، ارائه تفسیر یکپارچه و جدیدی از یافته‌ها است. در روند تحلیل فراترکیب، مفاهیم و موضوعاتی شناسایی شدند که به‌صورت تدریجی از میان مطالعات بررسی‌شده استخراج و برجسته شدند، این مورد به منزله بررسی موضوعی شناخته می‌شود. به محض اینکه موضوع‌ها شناسایی و مشخص شدند، بررسی کننده یک طبقه بندی را شکل داده و طبقه بندی‌های مشابه و مربوط را در موضوعی قرار می‌دهد که آن را به بهترین گونه توصیف می‌کند. موضوع‌های اساسی به‌عنوان پایه‌ای برای تبیین مدل‌ها و ارائه چارچوب نظری یا فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرند. ابتدا همه عوامل استخراج شده از مدل‌های پیشین و معیارها که در گام‌های قبل قابل مشاهده هستند، به عنوان کد در نظر گرفته شدند؛ سپس با در نظر گرفتن مفهوم کدها، چند تا از آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته بندی گردیدند؛ به این ترتیب، مفاهیم پژوهش شکل داده شدند. براساس تحلیل‌های انجام گرفته و تحلیل محتوای مقاله‌ها، ۷۶ مقاله نهایی (داخلی و خارجی) انتخاب شد و در مجموع ۸ مقوله اصلی، ۳۹ مقوله فرعی و ۱۶۶ کد برای مدل حکمرانی متعالی کشف و مشخص شدند.

لازم به ذکر است که در این پژوهش برای حفظ کیفیت مطالعه از شاخص کاپای کوهن استفاده شده است که برابر با ۰/۸۲۷ و معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۰۱$). از آنجاییکه در مراحل طراحی مدل، معیارهای مدل‌های پیشین به منزله کد در نظر گرفته شدند و با در نظر گرفتن شباهت‌های معنایی بین کدها، اقدام به ادغام و ایجاد مفاهیم شده است. به منظور کنترل مفاهیم استخراجی نیز از مقایسه نظر پژوهشگر با یک خبره استفاده شده است.

در جدول ۱، رتبه بندی و ضریب اهمیت کدهای مربوط به مدل حکمرانی متعالی مشاهده می‌شود؛ همچنین روابط در آنتروپی شانون به شرح زیر است:

رابطه (۱)

$$Ej = -k\sum Pij * LnPij \quad i = 1,2,\ldots,m \quad k = 1/Lnm$$

رابطه (۲)

$$Wj = dj/\sum dj \qquad dj = 1 - Ej$$

برای محاسبه وزن هر یک از مفاهیم، مجموع وزن کدهای آن مفهوم محاسبه شده و براساس وزن‌های به دست آمده در جدول ۱، رتبه‌بندی کدهای باز صورت گرفته است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

جدول ۱: رتبه‌بندی کدهای باز

مفاهیم	کدها	فراوانی	Ej	Wij	رتبه
تفکر نظامند	داشتن تفکر نظام مند برای حل مسئله	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۲۹۳	۷۲
	حل مسائل و مشکلات نظام سلامت از راه بررسی شرایط کنونی و آینده نگری و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۳۲۲۳	۶۲
	استفاده از تجربیات سایر کشورها	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۳۱۹۳	۶۳
	توجه به ماهیت سیستم هدفمند	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۳۶۲۵	۵۸
تفکر اقتضایی	باید با هر نظام در خور با شرایط حاکم بر آن برخورد کرد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۱۴۵	۷۴
	تغییر محیط و حوادث مهم از راه تغییر شرایط بازار	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۸۳۲۳	۴۶
تصمیم گیری	از تصمیم گیری منفرد باید اجتناب کرد و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۳۲۵۲	۶۱
مشارکتی	اهل مشورت باشد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۳۱۵۲	۳۲
	فرایند مشورتی میان کنشگران به ایجاد مشروعیت می انجامد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۱۱۲۳	۳۶
	توسعه مشارکت ذینفعان	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۴۲۵۳	۵۳
	مشارکت سازمان‌یافته مردم	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۳۳۵۳	۶۰
ایجاد اتاق فکر	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۹۸۹	۶۸
	توسعه کانال‌های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش‌های مختلف	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۴۲۳۵	۵۵
با ایمان	با ایمان باشد و از سنت‌های الهی تبعیت نماید	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۲۱۴۵	۶۷
سعه صدر	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۲۵۳۶	۶۶
صراحت بیان	صراحت داشتن در بیان واقعیت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۷۵۴	۷۰
	در برخورد با چاپلوسان بی اعتنا باشد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۹۹۹۳	۳۷
تعهد	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش‌های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۸۷۹۳	۴۳
مسئولیت پذیری	مسئولیت‌پذیری و شفافیت در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۰۰۵	۷۷
پاسخگویی	در قبال مسئولیت‌های خود پاسخگو باشد و ...	۷	۰/۱۶۲۳۵۹	۰/۰۱۰۸۷۳	۷۹
	پاسخگو بودن به مراجعه کنندگان و رعایت حق ارباب رجوع و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۹۷۸	۶۹
اعتماد محوری	اعتماد به عنوان یکی از سازوکارهای درونی حکمرانی متعالی است	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۸۲۹۳	۴۷
	اعتماد عمومی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۶۳۹۳	۵۱
	اعتماد آفرینی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۴۲۴۲	۵۴
شفافیت	شفافیت در عملکرد کلی بخش سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۸۵۸۵	۴۴
محوری	شفافیت در قوانین و مقررات و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۳۶۳۸	۵۷
	شفافیت و اطلاع‌رسانی و ...	۸	۰/۱۷۷۶۶۷	۰/۰۴۸۴۸۸	۱۹
عدالت مداری	توسعه عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۲۵۵۲	۶۵
	بی‌طرفیت در توزیع خدمات سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۳۴۱۵	۵۹
	اصول عدالت و ...	۸	۰/۱۷۷۶۶۷	۰/۰۴۵۴۵۴	۲۰
	عدالت اجتماعی و ...	۴	۰/۱۰۹۳۰۳	۰/۰۱۴۴۵۶	۵۲
اخلاق محوری	اخلاق گرایی فراقانونی و ...	۴	۰/۱۰۹۳۰۳	۰/۰۱۷۴۷۷	۴۸
	ارزش مداری و اخلاق گرایی و ...	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۶۵۵۴	۴۹
	احترام به افراد و ...	۷	۰/۱۶۲۳۵۹	۰/۰۴۰۰۸۹	۲۲
	توسعه و نهادینه کردن ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۱۱۲	۷۵

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

مفاهیم	کدها	فراوانی	Ej	Wij	رتبه
شایسته	منابع انسانی اصلی ترین رکن و موتور محرکه و تصمیم سازی در نظام سلامت است	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۳۲۵۵۹	۲۸
سالاری	شایسته سالاری در گزینش و انتصاب و ...	۴	۰/۱۰۹۳۰۳	۰/۰۱۹۸۸۹	۳۹
سرمایه	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۹۸۸۷	۴۰
اجتماعی	همبستگی اجتماعی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۲۲۳	۷۳
تعامل بین	سلامت از طریق یک سیستم پیچیده سازگار از تعاملات بین افراد و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۴۴۵	۷۱
فردی	مشارکت عمومی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۲۲۹۳	۳۳
تعامل نهادی	همکاری بین نهادهای مختلف و ...	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۳۹۵۳	۵۶
	نهادهای مدنی و بخش خصوصی یقینا نقش موثر و بی بدلیلی در افزایش کارایی نظام سلامت خواهند داشت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۹۹۲۳	۳۸
	سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۲۸۸۲۳	۲۹
تعامل بین ذینفعان	توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۲۲۳	۷۳
	توسعه مشارکت‌ها بین سطوح و بخش‌های مجتلف نظام سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۱۲۵۲۲۳	۱۳
	پیوستگی و هماهنگی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۲۹۳	۷۲
	فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف و مشارکت در بین ذینعان بخش سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۸۲۹۳	۴۷
توسعه ظرفیت‌های درمانی	تولید بهینه کالا و خدمات عمومی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۵۴۲۲۳	۱۷
	ارتقای کیفیت و ایمنی سیستم سلامت و ...	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۸۸۴۲	۴۲
	پیشگیری از بیماری‌ها و ...	۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۰/۰۱۰۰۰۳	۸۱
	ظرفیت‌سازی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۹۸۲۳	۴۱
توسعه فناوری اطلاعات	بهبود و ارتقای فناوری حوزه سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۸۷۲۹۳	۱۶
	توسعه دانش فنی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۰۹۹۹۳	۸۲
توسعه ظرفیت‌های اجرایی	عمل گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در بخش سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۳۵۲۲۳	۲۶
	سرمایه گذاری دولت‌ها در بخش‌های زیرساختی سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۳۵۲۹۳	۲۵
	بهبود کیفیت خدمات درمانی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۴۵۲۹۳	۲۱
توسعه فناوری خدماتی	بهبود و ارتقای حوزه سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۴۵۷۱۸	۸۵
	توسعه دانش فنی با هدف ارتقا مهارت تخصصی و به کارگیری موثر فناوری‌های نوین	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۴۹۱۵۱	۸۴
مدیریت دانش	مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۲۱۲۲۳	۳۵
	توسعه منابع دانشی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۳۶۲۲۳	۲۴
	انتشار اطلاعات و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۱۲۸۲۲۳	۱۲
برنامه ریزی راهبردی	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می شود و ...	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۹۱۲۹۳	۴
	درک از تعیین کننده‌های سلامت روشن می سازد که سلامت یک موضوع سیاستی متقاطع در هم تنیده است و ...	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۳۱۲۹۳	۷
همسویی استراتژیک	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۳۳۱۲۲۳	۲
	ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی‌های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۱۳۱۲۲۳	۱۱
	الگوی حکمرانی باید به گونه ای طراحی شود که با سیاست‌های عمومی سازوگار باشد و ...	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۱۳۱۲۹۳	۱۰
یادگیری سازمانی	ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۱۱۲۹۳	۹
	توسعه فردی و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۸۵۸۳	۴۵

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

مفاهیم	کدها	فراوانی	Ej	Wij	رتبه
مدیریت مالی	مدیریت بهینه منابع مالی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۳۳۳۹۳	۲۷
	بودجه ریزی استراتژیک	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۱۲۹۳	۳۴
انعطاف پذیری	پویایی و تطبیق با تغییر و تحولات در سازمان	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۳۹۸۷۵	۸۶
قانون مداری	حاکمیت قانون و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۱۱۰۰۹	۷۶
چابک سازی	بهبود و تسریع در پاسخگویی به رسانه‌ها و افکار عمومی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۱۰۰۷۹۳	۱۵
	حذف برخی از مراحل تشریفات اداری	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۳۵۵۹۳	۶
	واگذاری برخی مسئولیت‌ها به بخش خصوصی و شرکت‌های کارگزاری و ...	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۱۸۵۹۳	۸
مبارزه با فساد	ارتقای سلامت اداری	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۲۴۴۸۹۳	۵
	مبارزه با فساد و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۳۱۱۲۲۳	۳
رهبری	رهبری مداری و ...	۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۰/۰۳۶۲۲۳	۲۴
	حکمرانی متعالی معمولاً به معنای سرپرستی دانشمندانه، عادلانه و شفافانه است و ...	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۲۵۵۳	۶۴
توجه به محیط زیست	تکریم محیط زیست	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۵۶۹۳	۳۰
یارانه سلامت	اعطای یارانه سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۱۲۱۲۹۳	۱۴
مساعدت	همبستگی جهانی در سلامت	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۳۸۲۹۳	۲۳
	حساسیت به نیازهای جامعه	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۰۰۹۳	۸۰
پوشش همگانی	حکمرانی متعالی در نظام سلامت باید بتواند نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد نماید	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۰۰۹۹۳	۸۳
	سلامت بایستی به عنوان یک سرمایه و چالش بزرگ اجتماعی به رسمیت شناخته شود	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۰۰۰۳	۸۱
آگاهی اجتماعی	تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمات رسانی باید برجسته گردد	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۲۵۲۹۳	۳۱
	شفافیت و اطلاع‌رسانی	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۵۲۶۹۳	۱۸
	توانمندسازی جامعه	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۳۸۹۲۹۳	۱
افزایش امید به زندگی	توسعه سلامت از طریق افزایش امید به زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی می شود	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۰۰۳	۷۸
	حکمرانی خوب منجر به تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مناسب می شود	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۶۵۲۳	۵۰
	سلامت پایدار و تاب اور	۱	۰/۰۳۷۵۶	۰/۰۱۱۲۹۳	۷۲

جدول حاضر نتایج تحلیل محتوایی مفاهیم کلیدی در حوزه حکمرانی سلامت را نشان می‌دهد. در این تحلیل، داده‌ها به کدهای باز تبدیل شده و سپس بر اساس شاخص‌های فراوانی، Ej و Wij مورد سنجش قرار گرفته‌اند. در نهایت، با محاسبه شاخص Wij و تعیین رتبه، اولویت هر یک از کدها مشخص گردیده است. بر اساس یافته‌ها، توانمندسازی جامعه با کسب بالاترین مقدار Wij در رتبه اول قرار گرفته و به‌عنوان مهم‌ترین کد باز در مؤلفه حکمرانی سلامت شناسایی شد. پس از آن، همسویی استراتژیک در رتبه دوم و مبارزه با فساد در رتبه سوم قرار گرفتند که بیانگر اهمیت انسجام راهبردی و مقابله با موانع ساختاری است. همچنین برنامه‌ریزی راهبردی با رتبه چهارم و ارتقای سلامت اداری با رتبه پنجم در میان کدهای باز قرار دارند.

در ادامه به منظور بررسی روابط بین ابعاد و مولفه‌ها در بخش داده‌های کمی، از نرم‌افزار Smart PLS 3 برای انجام آزمون معادلات ساختاری و از نرم‌افزار SPSS 26 جهت تحلیل‌های توصیفی و آزمون‌های مقدماتی استفاده گردید.

پرسشنامه‌ای که براساس ابعاد و مولفه‌های تکنیک فراترکیب طراحی شده بود در بین ۳۶۰ نفر از کارکنان مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی شمال غرب کشور توزیع شد. در جدول ۳ مشخصات جمعیت شناسی جامعه هدف مورد بررسی قرار گرفته است.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

جدول ۲: شناسایی مقوله‌های اصلی، فرعی و کدهای باز

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری	تفکر نظام‌مند	داشتن تفکر نظام‌مند برای حل مسئله (۱)، حل مسائل و مشکلات سازمان از راه بررسی شرایط کنونی و آینده نگری (۱،۲)، ...
	تفکر اقتضایی	باید با هر نظام در خور با شرایط حاکم بر آن برخورد کرد (۱،۳)، ...
	تصمیم‌گیری مشارکتی	از تصمیم‌گیری منفرد باید اجتناب کرد (۱،۲،۴)، ....
	ایجاد اتاق فکر	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران سازمان (۵،۱)، ....
مشخصه‌های عمومی	با ایمان	با ایمان باشد و از سنت‌های الهی تبعیت نماید (۶).
	سعه صدر	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد (۷).
	صراحت بیان	صراحت داشتن در بیان واقعیت (۱،۸)، ....
	تعهد	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش‌های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است (۹).
	مسئولیت پذیری	مسئولیت پذیری (۱۰)، مسئولیت‌پذیری و شفافیت در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت (۱۱).
	پاسخگویی	در قبال مسئولیت‌های خود پاسخگو باشد (۱۵،۱۲)، ....
فرهنگ	اعتماد محوری	اعتماد به عنوان یکی از سازوکارهای درونی حکمرانی متعالی است (۱۶،۱۳)، ....
	شفافیت محوری	شفافیت در عملکرد کلی سازمان (۱۴،۱)، ....
	عدالت مداری	توسعه عدالت بهداشت و درمان در سازمان (۱۷)، عدالت فراقانونی (۱۸،۱۰،۲)، ....
	اخلاق مداری	در حکمرانی متعالی رعایت چارچوب‌های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم گیرهای مدیریتی و سازمانی رده بالا اهمیت دارد (۲۰،۱۹)، ....
	شایسته سالاری	شایسته سالاری از کاربردهایی است که اجرای حکمرانی مناسب در همه بخش‌ها و نظام‌ها می تواند باعث آن شود (۲۱-۲۳)، ....
عوامل ارتباطی	سرمایه اجتماعی	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی (۲۴،۸)، ....
	تعامل بین فردی	سلامت از طریق یک سیستم پیچیده سازگار از تعاملات بین افراد با محیط پیرامون و بین عوامل فیزیولوژیک، روانی و رفتاری، عوامل اجتماعی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها تامین و حفظ می‌شود (۲۶،۲۵،۶)، ....
	تعامل بین ذی‌نفعان	توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذی‌نفعان سازمان (۲۷،۹،۴)، ....
	تعامل نهادی	روی آوردن به حکمرانی متعالی که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب ناپذیر است (۱۳،۱،۲۸)، .....
زیرساخت	توسعه ظرفیت‌های درمانی	بالا بردن ظرفیت و امکانات درمان و بهداشتی و تجهیز مراکز و بدنه مجموعه بهداشت به تکنولوژی روز (۱۰،۳،۲۹)، ....
	توسعه فناوری اطلاعات	فناوری اطلاعات نقش مهمی در بهبود سلامت مردم و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (۳۰).
	توسعه فناوری خدماتی	بهبود و ارتقای فناوری حوزه سلامت (۳۱)، توسعه دانش فنی با هدف ارتقاء مهارت تخصصی و به‌کارگیری مؤثر فناوری‌های نوین (۳۲)، فنی (۳۳).
	توسعه ظرفیت‌های اجرایی	عمل گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در سازمان و شناسایی و تعریف نقش‌های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی (۱۳،۷،۳۴)، ....
اقدامات استراتژیک	مدیریت دانش	مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی (۱۰،۵،۲۷)، .....
	برنامه ریزی راهبردی	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد سازمان می‌شود (۱۴،۱۱،۳۵)، ....
	همسویی استراتژیک	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در سازمان (۳۶، ۳۳، ۲۷)، ....
	یادگیری سازمانی	ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه‌ای و بین سازمانی (۳۷، ۲۱، ۸)، ....
عوامل سازمانی- مدیریتی	مدیریت مالی	مدیریت بهینه منابع مالی (۳۸)، بودجه ریزی استراتژیک (۳۹).
	قانون مداری	حاکمیت قانون (۴۰)، رعایت اصول قانونی و تضمین اجرای قوانین (۴۱).
	انعطاف پذیری	پویایی و تطبیق با تغییرات و تحولات در سازمان (۴۲).
	چابک سازی	بهبود و تسریع در پاسخگویی به رسانه‌ها و افکار عمومی (۴۳، ۱۵، ۳)، ....

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
	مبارزه با فساد	ارتقای سلامت اداری (۴۴)، مبارزه با فساد (۴۵)، .....
	رهبری	رهبری مداری (۴۶)، حکمرانی متعالی معمولاً به معنای سرپرستی دانشمندانه، عادلانه و شفافانه است (۴۸-۴۷)، ....
سیاست‌های سازمانی	توجه به محیط زیست	تکریم محیط زیست (۴۹).
	یارانه سلامت	اعطای یارانه سلامت (۵۰).
	مساعدت	همبستگی جهانی در سلامت (۵۱)، حساسیت به نیازهای جامعه (۵۲).
	پوشش همگانی	حکمرانی متعالی در سازمان باید بتواند نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد نماید (۵۴،۴۲-۵۳)، ....
	آگاهی اجتماعی	تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمات رسانی باید برجسته گردد (۵۵،۵۶)، .....
	افزایش امید به زندگی	توسعه سلامت از طریق افزایش امید به زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی می‌شود (۵۹-۵۷)، ....

جدول ۳: آمار توصیفی پاسخ دهندگان به پرسشنامه

متغیر	گروه‌بندی	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۳۰ سال	۹۳	۲۵
	۳۰ تا ۳۵ سال	۱۲۶	۳۵
	۳۶ تا ۴۰ سال	۶۹	۱۶
	۴۱ تا ۴۵ سال	۳۰	۹
	بیشتر از ۴۵ سال	۴۲	۱۲
جنسیت	زن	۱۴۱	۳۹
	مرد	۲۱۹	۶۱
تحصیلات	دیپلم	۲۴	۷
	فوق دیپلم	۶۹	۲۰
	کارشناسی	۱۷۷	۴۷
	کارشناسی ارشد	۶۰	۱۷
	دکتری و بالاتر	۳۰	۹

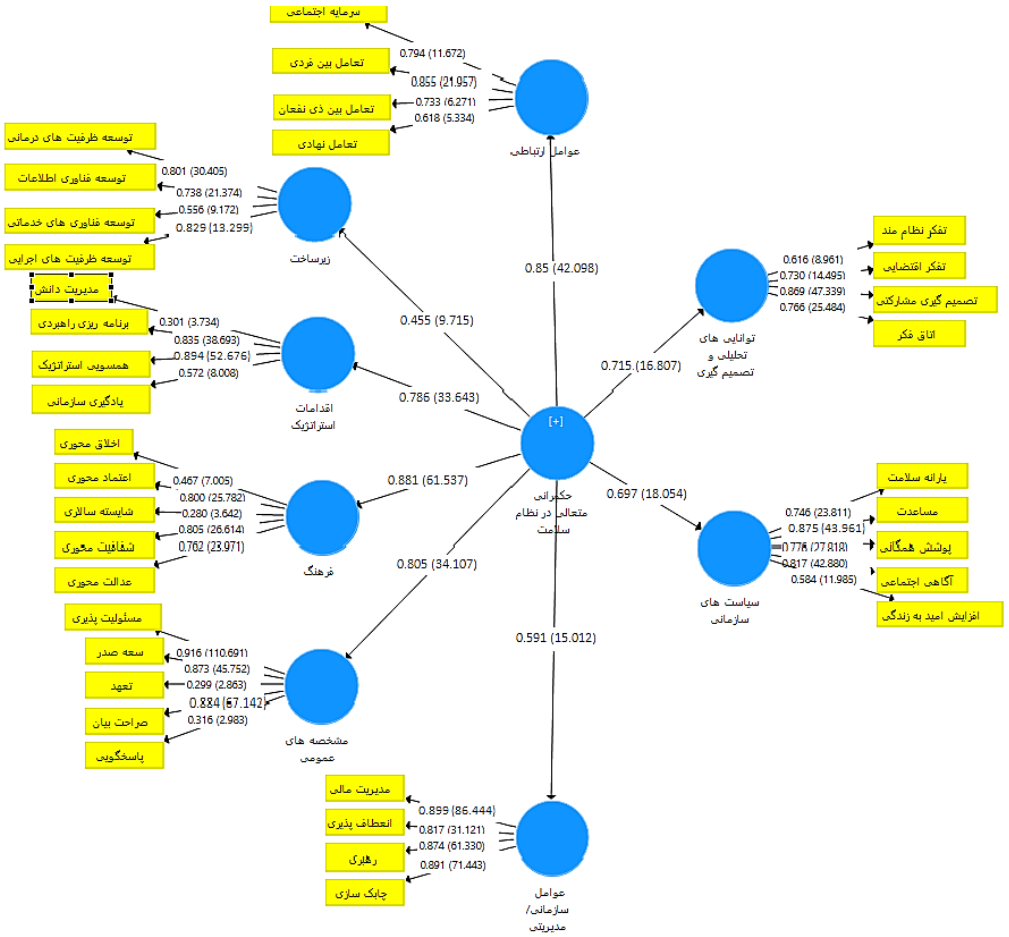
یافته‌های تحقیق در جدول ۴ در بخش برازش مدل اندازه گیری نشان داد که کلیه مقادیر روایی همگرا بالاتر از ۰/۵۰ هستند که نشان از روایی همگرای مناسب برای مدل دارد. در بررسی تشخیصی یا واگرا با معیار فورنل– لارکر نیز مشخص شد که روایی تشخیصی مدل اندازه گیری انعکاسی در سطح سازه مورد تائید است. در بررسی تاثیر یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا مشخص شد که میزان ضریب تعیین محاسبه شده از مقدار متوسط این معیار یعنی ۰/۳۳ بیشتر است که حکایت از برازش بالاتر از متوسط مدل ساختاری دارد. برای بررسی برازش مدل کلی که هر دو بخش مدل اندازه گیری و ساختاری را کنترل می‌کند از معیار GOF استفاده شد. نتایج این بررسی نیز نشان داد که میزان این شاخص ۰/۵۸ است که از مطلوبیت قوی مدل حکایت دارد. نهایتاً در تست اولیه مدل مشخص شد مولفه‌های "توجه به محیط"، "قانون مداری"، "مبارزه با فساد" و متغیر "با ایمان" به علت داشتن قدرمطلق عدد t پایینتر از حدآستانه ۱/۹۶ باید از مدل حذف گردند. لذا می توان مدل نهایی تحقیق را به صورت شکل ۲ گزارش نمود. شایان ذکر است در برخی موارد، وجود ناسازگاری میان یافته‌های نظری و داده‌های میدانی به تفاوت‌های زمینه‌ای بازمی‌گردد. به‌عبارت دیگر، مؤلفه‌هایی که در منابع علمی به‌صورت عام و جهانی معرفی شده‌اند، ممکن است در جامعه آماری خاص تحقیق فاقد مصداق بیرونی، اولویت کاربردی یا تجربه عملی معنی‌دار باشند. این پدیده از محدودیت‌های رایج در تعمیم نظریه‌ها به محیط‌های خاص است که منجر به افت بار عاملی یا آماره t پایین شده و حذف آن‌ها از مدل را ضروری می‌سازد. در نتیجه، مدل نهایی پژوهش با توجه به واقعیت‌های میدانی، پالایش می‌شود تا از برازش نظری و تجربی توأمان برخوردار گردد.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

متغیر	نماد	فورنل-لارکر									AVE[1]	CR[2]	R[23]	F[4]	Q[25]	GOF[6]
		A	B	C	D	E	F	G	H	I						
توانایی تحلیلی و تصمیم گیری	A	۰/۷۶									۰/۵۸	۰/۷۹	۰/۵۹	۱/۸۸	۰/۲۳	
مشخصه‌های عمومی	B	۰/۱۴	۰/۸۱								۰/۶۶	۰/۸۱	۰/۴۶	۱/۰۲	۰/۳۴	
فرهنگ	C	۰/۱۰	۰/۴۱	۰/۸۴							۰/۷۱	۰/۸۸	۰/۷۰	۱/۴۶	۰/۴۹	
عوامل ارتباطی	D	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۶۱	۰/۷۶						۰/۵۸	۰/۸۵	۰/۴۴	۱/۵۲	۰/۲۰	
زیرساخت	E	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۵۱	۰/۳۲	۰/۷۶					۰/۵۹	۰/۷۷	۰/۳۴	۱/۶۶	۰/۳۰	۰/۵۸
اقدامات استراتژیک	F	۰/۵۰	۰/۱۴	۰/۴۱	۰/۳۱	۰/۵۰	۰/۸۰				۰/۶۴	۰/۷۵	۰/۴۹	۲/۰۱	۰/۳۱	
عوامل سازمانی - مدیریتی	G	۰/۴۳	۰/۱۷	۰/۳۳	۰/۲۷	۰/۴۰	۰/۱۱	۰/۸۳			۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۵۹	۱/۰۸	۰/۱۹	
سیاست‌های سازمانی	H	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۴۱	۰/۳۶	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۴۷	۰/۸۱		۰/۶۶	۰/۸۴	۰/۶۴	۰/۹۷	۰/۱۷	
حکمرانی متعالی	I	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۱	۰/۴۴	۰/۳۹	۰/۴۹	۰/۳۵	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۸۶	–	–	–	
میانگین											۰/۶۳	–	۰/۵۳	–	–	

[1] Average Variance Extracted
[2] Composite Reliability
3 Coefficient of Determination
[4] Effect Size
[5] Predictive Relevance
[6] Goodness of Fit



شکل ۲: مدل نهایی تحقیق

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

شکل ۲ نشان داد ابعاد فرهنگ و عوامل ارتباطی و مشخصه‌های عمومی دارای بیشترین همبستگی با حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب داشت؛ در حالیکه کمترین همبستگی مربوط زیر ساخت بوده است.

بحث

استفاده از تکنیک فراترکیب نشان داد حکمرانی متعالی دارای ۸ بعد و ۳۵ مولفه است که در بعد توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، مولفه‌های تفکر نظام مند، تفکر اقتضایی، تصمیم‌گیری مشارکتی و ایجاد اتاق فکر؛ در بعد عوامل ارتباطی، مولفه‌های سرمایه اجتماعی، تعامل بین فردی، تعامل بین ذی‌نفعان و تعامل نهادی؛ در بعد زیرساخت، مولفه‌های توسعه ظرفیت‌های درمانی، توسعه فناوری اطلاعات، توسعه فناوری خدماتی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی؛ در بعد اقدامات استراتژیک، مولفه‌های مدیریت دانش، برنامه ریزی راهبردی، همسویی استراتژیک و یادگیری سازمانی؛ در بعد فرهنگ، مولفه‌های اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته سالاری؛ در بعد مشخصه‌های عمومی، مولفه‌های سعه صدر، صراحت بیان، تعهد، مسئولیت پذیری و پاسخگویی؛ در بعد عوامل سازمانی/مدیریتی، مولفه‌های مدیریت مالی، انعطاف پذیری، چابک سازی و رهبری؛ و نهایتاً در بعد سیاست‌های سازمانی، مولفه‌های یارانه سلامت، مساعدت، پوشش همگانی، آگاهی اجتماعی و افزایش امید به زندگی وجود دارد. دیاز-کاسترو و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای نظام‌مند که با هدف تحلیل چارچوب حکمرانی در سیاست‌های سلامت در مواجهه با وضعیت‌های اضطراری سلامت انجام شد، به این نتیجه رسیدند که چارچوب تحلیلی حکمرانی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود مدیریت بحران‌های سلامت ایفا کند (۶۰). علاوه بر این، آهلووالیا و میلر (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نظری که با تمرکز بر نظام‌های سیاسی و اجتماعی ایالات متحده آمریکا انجام دادند، تأکید کرده‌اند که حکمرانی خوب به عنوان یکی از عناصر کلیدی، نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی و موفقیت نظام‌های سلامت ایفا می‌کند (۲).

در بررسی مدل طراحی شده و تست آن در نمونه آماری بزرگ‌تر مشخص شد که کلیه ابعاد مدل معنی‌دار هستند و فقط ۴ مولفه توجه به محیط، قانون‌مداری، مبارزه با فساد و با ایمان بودن از مدل باید حذف گردد. لذا مدل نهایی دارای ۸ بعد و ۳۵ مولفه گردید. همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از تکنیک معادلات ساختاری نشان داد بعد فرهنگ دارای بیشترین همبستگی با مفهوم حکمرانی متعالی است. این یافته نشان می‌دهد که در درجه اول حکمرانی متعالی تابع ارزش‌های فرهنگی است که در بطن خود اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته سالاری را دارد. این یافته از طریق تئوری‌های اجتماعی مختلف قابل تبیین است، به‌ویژه از دیدگاه تئوری‌های ارتباطات و تأثیرات فرهنگی (۱۶،۳۰). براساس این تئوری‌ها، فرهنگ و ارزش‌های جامعه می‌توانند تأثیر چشمگیری بر سیاست‌ها، رفتارها و تصمیم‌گیری‌ها داشته باشند. تئوری انتقال فرهنگی بر این ایده تأکید دارد که افراد و گروه‌های اجتماعی از طریق تبادل اطلاعات و ارتباطات، ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های جامعه را انتقال می‌دهند. در این راستا، فرهنگ اخلاقی و دینی می‌تواند از طریق انتقال این ارزش‌ها به دستگاه‌های حکومتی و نهادهای مرتبط، موجب تقویت مفهوم حکمرانی متعالی و بهبود عملکرد سازمان تامین اجتماعی شود (۱۳). نتایج این یافته با یافته‌های میرا وهاماداچ (۲۰۱۷) که با تمرکز بر کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا به بررسی تأثیر حکمرانی خوب بر رشد اقتصادی پرداختند و همچنین مطالعه لی و همکاران (۲۰۲۴) که به تحلیل مفهومی انواع حکمرانی در کشورهای مختلف با تأکید بر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی پرداخت (۴۹،۴۴)، همخوانی دارد. به عقیده آن‌ها، فرهنگ سازمانی که بر شفافیت، اعتماد و ارتباطات باز تأکید دارد، نقش مهمی در بهبود حکمرانی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت ایفا می‌کند (۴۳،۳۸). همچنین، جلالی خان‌آبادی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای به طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب ایران پرداختند و تأکید کردند که تعامل نهادی و سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیمی بر بهبود عملکرد مدیریتی در حوزه سلامت دارد (۳). مطالعات اسدزاده و همکاران (۲۰۲۲) که در ایران و در بستر نظام اداری کشور انجام شد، نشان داد حکمرانی مبتنی بر تعالی نقش مهمی در بهبود سلامت نظام اداری دارد (۵). همچنین، ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای در چین تأکید کردند که سیاست‌های نئولیبرال و سازوکارهای حکمرانی تأثیر بسزایی در توسعه پایدار نظام‌های سلامت دارند (۶). این نتایج نشان می‌دهد که حکمرانی متعالی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب نیازمند توجه ویژه به فرهنگ سازمانی، شفافیت و عدالت محوری است. نهایتاً در خصوص مولفه‌های حذف شده باید اذعان کرد حذف ۴ مؤلفه «توجه به محیط»، «قانون‌مداری»، «مبارزه با فساد» و «با ایمان بودن» از مدل نهایی، بر مبنای نتایج تحلیل آماری انجام شد؛ به‌گونه‌ای که آماره t این مؤلفه‌ها کمتر از حد آستانه ۱/۹۶بود و اثر معنی‌داری در مدل ساختاری نشان ندادند. این مسئله می‌تواند ناشی از ویژگی‌های زمینه‌ای خاص جامعه آماری باشد. در بسیاری از موارد، مفاهیمی مانند قانون‌مداری یا مبارزه با فساد در سطح گفتمان رسمی مطرح‌اند، اما در محیط‌های سازمانی خاص، این مؤلفه‌ها به دلایل فرهنگی، ساختاری یا عملکردی، درک یا تجربه عملی منسجمی ندارند. همچنین، مؤلفه «با ایمان بودن» با وجود تأکید نظری بالا، ممکن است در فضای اداری و تخصصی، به‌صورت یک ویژگی شخصی و نه سازمانی تلقی شده باشد و در نتیجه نتواند اثر معنی‌داری بر متغیرهای دیگر مدل ایفا کند.

در این پژوهش، یکی از جنبه‌های نوآورانه و قابل توجه، طراحی یک مدل بومی برای حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی شمال‌غرب کشور با استفاده از روش تحقیق آمیخته (اکتشافی) بوده است. ابتدا با بهره‌گیری از تکنیک فراترکیب، ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی متعالی از طریق تحلیل نظام‌مند مطالعات پیشین استخراج شد و سپس این مؤلفه‌ها مبنای طراحی پرسشنامه‌ای قرار گرفتند که در مرحله کمّی، با بهره‌گیری از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و نرم‌افزار Smart PLS 3 ، مورد آزمون تجربی قرار گرفتند. این فرایند، امکان بررسی روابط ساختاری میان مؤلفه‌ها و اعتبارسنجی آماری مدل طراحی‌شده را فراهم ساخت. یافته‌های حاصل نشان دادند که بعد فرهنگ بیشترین تأثیر را بر مفهوم حکمرانی متعالی دارد که این امر نشان‌دهنده اهمیت ارزش‌های فرهنگی نظیر اعتماد، شفافیت، عدالت و شایسته‌سالاری در حکمرانی سازمانی است. از جمله نقاط قوت این پژوهش می‌توان به طراحی مدل بومی متناسب با شرایط فرهنگی و اجرایی سازمان‌های حوزه سلامت ایران، استفاده از روش فراترکیب برای دستیابی به جامعیت مفهومی و بهره‌گیری از رویکرد آمیخته برای تلفیق بینش نظری و تحلیل تجربی اشاره کرد. همچنین جامعه آماری این پژوهش که شامل کارکنان سازمان تأمین اجتماعی در ۳ استان آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بود، با توجه به ساختار مشابه این استان‌ها، امکان تعمیم نسبی نتایج به سایر مناطق با ساختار فرهنگی و سازمانی مشابه را فراهم می‌کند. با این حال، پژوهش با برخی محدودیت‌ها مواجه بوده است. نخست آنکه کمبود مطالعات نظری و تجربی داخلی در زمینه حکمرانی متعالی، به‌ویژه در حوزه سازمان‌های خدمات‌سلامت، موجب شد در تبیین برخی مؤلفه‌ها نظیر باایمان بودن یا قانون‌مداری، تکیه بیشتری بر مبانی نظری بین‌المللی شود. دوم، پیچیدگی‌های مفهومی و فرهنگی برخی مؤلفه‌ها و تفاوت در درک آن‌ها در محیط‌های سازمانی خاص، بر معنی‌داری آماری برخی روابط تأثیرگذار بوده است. در نهایت، باید توجه داشت که نتایج این مطالعه به‌دلیل بستر خاص فرهنگی و سازمانی آن، ممکن است در سازمان‌ها یا مناطق با شرایط متفاوت، قابلیت تعمیم کامل نداشته باشد. این محدودیت‌ها، فرصت مناسبی را برای انجام مطالعات تطبیقی در آینده فراهم می‌سازد تا اعتبار مدل طراحی‌شده در سایر بسترهای سازمانی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

نتیجه گیری

تأکید بر عدالت و شفافیت در سازمان تأمین اجتماعی شمال‌غرب می‌تواند منجر به افزایش اعتماد عمومی به سیستم شود؛ اعتمادی که یکی از عوامل کلیدی در موفقیت و کارآمدی نظام‌های بهداشتی تلقی می‌شود. اعتماد و شفافیت به‌عنوان دو ستون اساسی، نقش مهمی در شکل‌گیری یک سیستم سلامت پایدار و اثربخش ایفا می‌کنند؛ زیرا این مولفه‌ها در حفظ انسجام در ارائه خدمات و کاهش تعارضات سازمانی نقش دارند. همچنین، این برداشت وجود دارد که وقتی بیماران احساس کنند با عدالت و شفافیت با آن‌ها برخورد می‌شود، سطح رضایت آن‌ها افزایش یافته و در نتیجه، پیامدهای روانی مثبت‌تر و همکاری مؤثرتر آنان با ارائه‌دهندگان خدمات حاصل خواهد شد.

براساس نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که خط‌مشی‌گزاران به‌جای تدوین صرف سیاست‌های کلی، اقدام به طراحی و اجرای سیاست‌های عادلانه مشخص و اجرایی نمایند؛ از جمله بازنگری در فرآیند تخصیص منابع به مراکز درمانی با اولویت مناطق کم‌برخوردار، ایجاد سازوکارهای شفاف برای ارزیابی عملکرد کارکنان مبتنی بر عدالت شغلی، و تعریف شاخص‌های

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

قابل سنجش برای پایش میزان رعایت انصاف در ارائه خدمات درمانی. این اقدامات می‌تواند تحقق عملی عدالت در سازمان تأمین اجتماعی شمال‌غرب را تسهیل نماید.

به نظر می‌رسد با پیچیده‌تر شدن شرایط تصمیم‌گیری، ریسک تصمیمات نیز افزایش یابد که همین عامل می تواند تاثیر نامطلوبی بر حکمرانی متعالی از نظر اخلاقی داشته باشد. لذا به محققان آتی پیشنهاد می‌گردد تمرکز مناسبی را برای تحقیق درباره نقش فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی در تقویت حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال‌غرب داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش انجام شده است. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت داوطلبانه و پس از کسب رضایت آگاهانه در مطالعه مشارکت نمودند. اطلاعات شخصی و هویتی شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه و مطابق با اصول حفظ حریم خصوصی نگهداری شد و تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. این مطالعه در تاریخ ۸ بهمن ۱۴۰۳ با شماره پرونده ۵۰۸۹ در شورای پژوهشی دانشکده مدیریت و حسابداری واحد ارومیه دانشگاه آزاد اسلامی به تصویب رسیده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام کسانی که ایشان را در انجام این مطالعه یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: س. ح

جمع آوری داده‌ها: ر. ر، ک. الف

تحلیل داده‌ها: م. ل

نگارش و اصلاح مقاله: س. ح، ر. ر،ک. الف، م. ل

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته مدیریت دولتی در دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Janda K, Berry JM, Goldman J, Deborah D, Manna P. The challenge of democracy: American government in global politics. 14th ed. USA: Cengage Learning, Inc.; 2017: 45-7.
2) Ahluwalia P, Miller T. The continuing importance of good governance. Social Identities 2020; 26(1): 1-2. doi: 10.1080/13504630.2019.1679437.
3) Jalali Khan Abadi T, Alvani SM, Vaezi R, Ghorbani Zadeh V. Designing a network governance model in the health system of the country. Iranian Journal of Management Sciences 2020; 15(58): 1-30. [Persian]
4) Baha H. Good governance and human development: the case of Afghanistan [master thesis]. Lüneburg: Leuphana university; 2016.
5) Asadzadeh F, Rjaei Z, Ghasemi A, Shaghali R. Examining and prioritizing the components of excellence-driven governance in improving administrative system health. Governance and Development Journal (GDJ) 2022; 2(3): 111-36. [Persian] doi: 10.22111/jipaa.2023.388627.1102.
6) Zhang W, Guangdong W. The network governance of urban renewal: a comparative analysis of two cities in China. Land Use Policy 2021; 106: 105448. doi: 10.1016/j.landusepol.2021.105448.
7) Sheikhichaman MR, Barati O, Hamidi H, Babaei M, Abdoli Z. The role of clinical economics in health system governance. Medicine And Spiritual Cultivation 2022; 31(1): 81-5. [Persian]
8) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. The role of governance in shaping health system reform: a case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023. BMC Health Services Research 2024; 24(1): 548. doi: 10.1186/s12913-024-11048-2.
9) Poniatowicz M, Dziemianowicz R, Kargol-Wasiluk A. Good governance and institutional quality of public sector: theoretical and empirical implications. European Research Studies Journal 2020; 23(2): 529-56. doi: 10.35808/ersj/1608.
10) Imamjomezadeh SJ, Shahramnia AM, Safariyani R. The model of good governance; a collaborative society and an efficient government in development management. Political Science 2016; 12(36): 7-40. [Persian]
11) Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model for Iran's public hospitals. Iranian Journal of Management Sciences 2013; 8(32): 1-26. [Persian]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

12) Mohammadiha H, Memarzadeh G, Azimi P. designing a governance model in the country's health system. Journal of Health 2022; 13(3): 357-78. [Persian] doi: 10.52547/j.health.13.3.357.
13) Afkhami MA, Rezaei A. Good governance and transcendent governance, similarities and differences. The 2nd national congress of Islamic governance; 2020 November 15; Tehran, Iran. Tehran: Journal of the Higher School of Governance; 2021: 1-19. [Persian]
14) Bashiri A, Shaghagi Shahr V. Good governance, corruption, and economic growth: an economic approach to the concept of good governance. Commercial Surveys 2011; 8(48): 69-81. [Persian]
15) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. Governance and health system reform: a case study of new health regions in Ireland, 2018-2023. European Journal of Public Health 2024; 34(Supplement_3). doi: 10.1093/eurpub/ckae144.889.
16) Keping Y. Governance and good governance: a new framework for political analysis. Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences 2018; 11: 1-8. doi: 10.1007/s40647-017-0197-4.
17) Rashid M. A comparative approach to the political matter in Islam and the characteristics of superior governance. Journal of Exalted Governance 2025; 6(1): 9-29. [Persian]
18) Saadat Alizadeh M, Najari R. Presenting a model in order to identify the components of administrative governance with a systematic method and examine its relationship with improving organizational health. Journal of Studies in Management, Psychology & Educational Sciences 2023; 2(2): 33-48. [Persian] doi: 10.22034/jsm.2023.414607.1023.
19) Biglar M, Bastani P, Vatan khah S. The challenges of stewardship in medical education system: a qualitative approach. payavard 2013; 7(4) : 299-311. [Persian]
20) Evans T, Ahmed SM. Governance of health systems. In: Raviglione MCB, Tediosi F, Villa S, Casamitjana N, Plasència A, editors. Global health essentials. Switzerland: Springer Cham; 2023: 285-89. doi: 10.1007/978-3-031-33851-9_43.
21) Farhgol P, Taheri A, Rezaei SA, Miri M. Analyzing the role of managers and leaders in implementing network governance: a mixed-method approach. Journal of Exalted Governance 2025; 6(1): 75-102. [Persian]
22) Wilmsmeier G, Sanchez RJ. Evolution of national port governance and interport competition in Chile. Research in Transportation Business & Management 2017; 22: 171-83. doi: 10.1016/j.rtbm.2017.01.001.
23) Nag NS. Government, governance and good governance. Indian Journal of Public Administration 2018; 64(1): 122–30. doi: 10.1177/0019556117735544.
24) Rahimipour M, Firoozi A. Multi-criteria analysis of synergy between data governance and data-driven governance: a comparative framework for designing smart organizations. Journal of Exalted Governance 2025; 6(1): 103-41. [Persian]
25) Balai A, Sayedjodain SS. Organizational governance and marketing. 18th ed. Tehran: Safar Publication; 2015. [Persian]
26) World Health Organization. Health system governance: guidance for strengthening governance in the health sector. Geneva. 2020.
27) Jayeghahi M, Behjati M. Identifying and examining the components of good governance in organizations. Journal of Modern Management 2013; 4(12): 29-53. [Persian]
28) Agere S. Promoting good governance: principles, practices and perspectives (managing the public service: strategies for improvement series). Volume 11 ed. India: Commonwealth Secretariat, Inc.; 2000: 63-70.
29) Zhang Q, Zheng S, Geerlings H, El Makhloufi A. Port governance revisited: how to govern and for what purpose?. Transport Policy 2019; 77: 46-57. doi: 10.1016/j.tranpol.2019.03.001.
30) Estlund D. The oxford handbook of political philosophy. Oxford: Oxford University Press, Inc.; 2016.
31) Doyle G. Media ownership: concentration, convergence and public policy.1th ed. London: Sage Publishing, Inc.; 2002.
32) González LF, Sánchez RJ, Garcia A. The adaptation process in port governance: the case of the latin countries in South America and Europe. Journal of Shipping and Trade 2016; 1(14): 1-20. doi: 10.1186/s41072-016-0018-y.
33) Clarke D, Appleford G, Cocozza A, Thabet A, Bloom G. The governance behaviours: a proposed approach for the alignment of the public and private sectors for better health outcomes. BMJ Global Health 2023; 8: e012528. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012528.
34) Ovaska U, Vihinen H, Oostindie H, Farinós J, Hrabar M, Kilis E, et al. Network governance arrangements and rural-urban synergy. Sustainability 2021; 13(5): 2952. doi: 10.3390/su13052952 .
35) Saadati F, Nadrian H. Health promotion governance: a framework for operationalizing the Ottawa charter mechanisms in health system governance. World Medical & Health Policy 2023; 16(1): 95-105. doi: 10.1002/wmh3.583.
36) Tricker B. Corporate governance: principles, policies, and practices. 4th ed. England: Oxford University Press, Inc.; 2015: 102-8.
37) Rajayee Z, Nasrabadi MM, Banihashemi SA, Malekzadeh Torkaman P. Identifying and prioritizing the components of good governance in the health sector using analytic network process and DEMATEL methods. Administrative law 2023; 10(34): 37-59. [Persian] doi:10.61186/qjal.10.34.37.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

38) Tyler TR, Blader SL. The group engagement model: procedural justice, social identity, and cooperative behavior. Personality and Social Psychology Review 2003; 7(4): 349-361. doi: 10.1207/ S15327957PSPR0704_07.
39) Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. Health system governance evaluation: a scoping review. Iranian Journal Public Health 2023; 52(2): 265-77. doi:10.18502/ijph.v52i2.11880.
40) Antonio CA. Governance for health: a critical, but poorly understood, health system component. Acta Medica Philippina 2023; 57(3): 3-4. doi: 10.47895/amp.v57i3.7663.
41) Ebrahim A, Herz D. The World Bank and democratic accountability: The role of civil society. In: Scholte JA, editor. Building Global Democracy England. Cambridge University Press; 2011: 1589-1610.
42) Bigdeli M, Rouffy B, Lane BD, Schmets G, Soucat A. Health systems governance: the missing links. BMJ Global Health 2020; 5(8): e002533. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002533.
43) Clauss T, Ritala P. Network governance institutionalization: creating mutual value by harnessing and avoiding conflicts in interorganizational networks. Journal of Business Research 2023; 163: 113880. doi: 10.1016/j.jbusres.2023.113880.
44) Mira R, Hammadache A. Good governance and economic growth: a contribution to the institutional debate about state failure in Middle East and North Africa.
Asian Journal of Middle Eastern and Islamic Studies 2017; 11(3): 107-20. doi: 10.1080/25765949.2017. 12023313.
45) Panda R, Guin P, Gaurav K. Governance in public purchasing of tertiary-level health care: lessons from Madhya Pradesh, India. SAGE Open 2020; 10(3): 215824402094248. doi: 10.1177/2158244020942489.
46) Wani HA, Suwirta A. Changing dynamics of good governance in Africa. International Journal for Educational Studies 2015; 7(2): 189-202.
47) Ghosh R, Sharma R, Nair S. Smart organizations and digital transformation: a systematic literature review. J Organ Comput Electron Commer 2021; 31(3): 206–29.
48) Heywood A. Political theory: an introduction .4th ed .England :Bloomsbury Academic, Inc.; 2015: 268–351.
49) Li X, Cheng Y, Møller C. Data governance: a critical foundation for data-driven decision-making in operations and supply chains. arXiv preprint arXiv:2409.15137, 2024. doi: 10.48550/ arXiv.2409. 15137.
50) Pyone T, Aung TT, Endericks T, Myint NW, Inamdar L, Collins S, et al. Health system governance in strengthening International Health Regulations (IHR) compliance in Myanmar. BMJ Glob Health 2020; 5(11): e003566. doi: 10.1136/BMJGH-2020-003566.
51) Fahim K, Saddewisasi W, Fitri SA, Judijanto L, Wahyudin W. Personnel information system related to the role of ASN competencies, work environment, work motivation in increasing work productivity. International Journal of Artificial Intelligence Research 2024; 7(1.1). doi: 10.29099/ijair. v7i1.1.1049.
52) Farrell AM, Dove ES. The governance of the health system. In: Farrell AM, Dove ES, editors. Mason and Mccall smith's law and medical ethics. 12th ed. England: Oxford University Press; 2023: 60-103. doi: 10.1093/he/9780192866226.003.0003.
53) Hughes OE. Public management and administration: an introduction. 5th ed. London: Red Globe Press, Inc.; 2018.
54) Zhu Y. Authentic leadership: fostering ethical cultures, employee engagement, and organizational resilience in complex environments. 9th international conference on research in humanities and social sciences; 2024 Dec12-14; Cambridge, UK. Cambridge: Proceedings of the International Conference on Research in Humanities and Social Sciences (ICRHS); 2025: 1–14. doi :10.33422/icrhs. v2i1.838.
55) Brillo BBC. Governance concepts, frameworks and lake governance's conceptualisation. Asian Journal of Water, Environment and Pollution 2023; 20(3): 1–10. doi: 10.3233/AJW230073.
56) World Bank. Worldwide Governance Indicators (WGI): report on six broad dimensions of governance for over 200 countries and territories over the period 1996–2023. Available from: https://www. worldbank.org/en/publication/worldwide-governance-indicators. Last access: oct 30, 2024.
57) Rothstein B, Teorell J. What is quality of government? a theory of impartial government institutions. Governance 2008; 21(2): 165-90. doi: 10.1111/ j.1468-0491.2008.00391.x.
58) Huang L, He J, Zhang C, Liu J, Guo Z , Lv S, et al. China's one health governance system: the framework and its application. Science in One Health 2023; 2: 100039. doi: 10.1016/j.soh.2023.100039.
59) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. Governance and health system reform: a case study of new health regions in Ireland, 2018-2023. European Journal of Public Health 2024; 34(Supplement_3): ckae144.889. doi: 10.1093/ eurpub/ckae144.889.
60) Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Sánchez-Osorio E, Velázquez-Posada M. The analytical framework of governance in health policies in the face of health emergencies: a systematic review. Frontiers in Public Health 2022; 10: 628791. doi: 10.3389/fpubh.2022.628791.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i2.19845]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir CC BY-NC 4.0

Manage Strat Health Syst

Research Article

Designing a Model of Exalted Governance in the National Health System

Saeed Hamzeh [1], Reza Rostamzadeh [2*], Mahrokh Lotfollahi [3], Karim Esgandari [4]

[1] Ph.D. student of Public Administration, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran
[2] Associate Professor, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Public Administration, Payame Noor University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Reza Rostamzadeh
reza.rostamzadeh@iau.ac.ir

Citation: Hamzeh S, Rostamzadeh R, Lotfollahi M, Esgandari K. Designing a Model of Exalted Governance in the National Health System. Manage Strat Health Syst 2025; 10(2): 119-35.

Received: April 09, 2025
Revised: September 19, 2025
Accepted: September 21, 2025

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: What distinguishes Exalted governance from other forms of governance is its strong emphasis on Islamic principles and values. In this regard, the present study was conducted with the aim of designing a model of Exalted governance in the Social Security Organization of the Northwest region of Iran.

Methods: This study employed a mixed-methods approach including a combination of quantitative and qualitative methods. The qualitative population consisted of scholarly publications related to health system governance retrieved from reputable academic databases. In the quantitative phase, the population comprised healthcare centers affiliated with the Social Security Organization in the northwest region of Iran. A sample of 360 participants was selected from the management staff of the Social Security Organization's healthcare departments in the provinces of West Azerbaijan, East Azerbaijan, and Ardabil. A researcher-developed questionnaire was used to collect data. The analysis was conducted using the meta-synthesis approach and structural equation modeling, with Smart PLS $_{3}$ and MaxQDA $_{2022}$ software.

Results: The results identified eight dimensions of Exalted health governance: analytical and decision-making abilities, communication factors, infrastructure, strategic actions, organizational culture, general characteristics, organizational/managerial elements, and organizational policies.

Conclusion: These findings clearly demonstrate that achieving Exalted governance within the Social Security Organization of the Northwest region is not possible without a strategic and prioritized focus on key dimensions such as organizational culture, communication structures, and general characteristics. Accordingly, health sector managers and policymakers must implement targeted and well-planned actions in each of these areas.

Key words: Exalted Governance, Social Security Organization, Morale

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-10-05]

Copyright: © 2025 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.