

The Suitable pattern of participatory governance in the Ministry of Health and Medical Education in crisis management of emerging diseases

Behdad Azadi: PhD student, Department of Public Administration, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Kambiz Hamidi*: Faculty Member, Department of Management, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Alireza Eslambolchi: Faculty member, Department of Management, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Javad Niknafs: Faculty member, Department of Management, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Behrooz Bayat: Faculty member, Department of Science, Information and Knowledge, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Abstract: The main purpose of this study is to provide an appropriate model of participatory governance in the Ministry of Health and Medical Education in crisis management of emerging diseases. This research is a combined research (qualitative-quantitative). The statistical population in the qualitative section includes experts consisting of university professors and managers and experts of the Ministry of Health and Medical Education. According to the snowball sampling method, 14 people were present in the qualitative part of the research as a sample. In a small section, 140 managers and experts of the Ministry of Health and Medical Education were present. The research data collection tool is a semi-structured interview in the qualitative part and a researcher-made questionnaire in the quantitative part. The Delphi technique has been used to analyze the data in the qualitative part and the structural equation technique has been used in the quantitative part. The results showed that a total of 60 indicators in the form of 10 factors were identified as factors affecting participatory governance in the Ministry of Health and Medical Education in crisis management of emerging diseases. These 10 factors are; Strategic interaction, trust building, skills, rules and regulations, participation cycle sustainability, accountability, coalition actors, strategic foresight, partnership management and entrepreneurial strategic thinking.

Keywords: Governance, Participatory Governance, Emerging Disease Crisis, Ministry of Health.

***Corresponding author:** Faculty Member, Department of Management, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Email: hamidi.ka@gmail.com

مقدمه

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران و با تصویب قوانین برنامه اول تا پنجم توسعه کشور، فصل جدیدی از اقدامات وسیع خط مشی گذاری و تصمیم گیری برای سازندگی و توسعه اقتصادی و اجتماعی آغاز شد. با اندکی تأمل در این خط مشی ها به ویژه در راهبرد تحول در بخش دولتی به روشنی رگه هایی از پارادایم مدیریت دولتی نوین در قالب خط مشی هایی همچون خصوصی سازی، کوچک سازی دولت و روی آوردن به تعدیل نیروی انسانی، تزریق اصول مدیریت بازرگانی در دولت، برون سپاری خدمات عمومی دستگاههای اجرایی و ... به چشم می خورد (سلیمی و مکنون ۱۳۹۷). یکی از دلایل ناکامی در مسیر توسعه، نداشتن الگوی ملی و بومی برای حکمرانی متناسب با ارزش های اجتماعی و سازگار با شرایط فرهنگی و تاریخی ایران است (دقتی و همکاران ۱۳۹۸). از طرفی، پژوهش هایی هم نشان داده اند که میان کیفیت حکمرانی و رشد اقتصادی و توسعه یافتگی همبستگی وجود دارد. در راه دستیابی به الگوی حکمرانی نیز، تلاش ها و مطالعه های بسیاری در کشور انجام شده؛ اما متأسفانه به دلیل پراکندگی مطالعات و تحقیقات، هم افزایی لازم در این حوزه به وجود نیامده و تا کنون کشورمان به مدل مناسب تدبیر امور دست نیافته است (آقازاده و همکاران ۱۳۹۴). در چند دهه اخیر جهت گیری نظریات در مدیریت دولتی به سمت تحقق حکمرانی مشارکتی بوده است؛ بدین معنی که دولتها در راستای خدمات رسانی بهتر باید از قابلیت های دیگر نهادها و سازمان های جامعه اعم از خصوصی و غیر انتفاعی استفاده کنند (روپر ۲۰۱۸). مقوله حکمرانی در ایران کم و بیش از روند تغییر و تحولات جهانی بی نصیب نخواهد ماند، زیرا نهادهای اجتماعی-قانونی عهده دار مسئولیت های اداره امور کشور، همانند دیگر جوامع، در معرض نقادی صاحب نظران داخلی و خارجی قرار خواهند گرفت. شاید بتوان در قالب بیان مسئله تحقیق، این گونه ادعا کرد که ریشه بیشتر موانع و مشکلات به وجود آمده

در امر توسعه نیافتگی کشور ایران با کارکرد نظام حاکمیت و سایر دستگاههای اجرایی مرتبط است؛ همچنین نقش و اندازه دولت در برخی از امور بزرگتر از حد معمول است و همین امر سبب شده تا نقش نظارتی و حاکمیتی دولت تحت الشعاع امور تصدی گری قرار گیرد و با این حجم عظیم از فعالیت ها، دولت در مواردی حتی از وظایف اصلی خود نیز باز می ماند (دقتی و همکاران ۱۳۹۸). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله وزارتخانه هایی بزرگ در ایران با زیرمجموعه های گسترده می باشد که به عنوان اهرم اصلی بخش سلامت شناخته می شود. گسترده گی این وزارتخانه از یک طرف و برخورداری از ساختار سنتی از طرف دیگر موجب شده است در سال های اخیر کیفیت ارائه خدمات از سوی این وزارتخانه آنچنان مورد پسند عموم مردم نباشد. از طرفی نیز در حال حاضر کشورهای جهان درگیر ویروس کرونا شده اند. چالش های بسیاری در حوزه های مختلف اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، سلامت و غیره بروز نموده است. با توجه به اینکه میزان ابتلا همچنان حالت افزایشی دارد. همچنین عدم وجود درمان اختصاصی قطعی نیز باعث شده تا روزانه شاهد مرگ و میر تعداد زیادی از افراد باشیم. از طرفی به دلایل اقتصادی و اجتماعی افراد جامعه نیازمند تعامل با یکدیگر هستند؛ که این امر موجب می شود مهار بیماری سخت تر شود و تلاش های وزارت بهداشت و درمان به تنهایی برای مهار این بیماری کافی نباشد بنابراین با توجه به شرایط به وجود آمده، حکمرانی مشارکتی نیاز اساسی این وزارتخانه می باشد. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای مهار بحران در این شرایط نیازمند مشارکت و همکاری است. این وزارتخانه نیازمند همکاری، سازمان های اجتماعی و افراد جامعه برای شکست کرونا و ویروس می باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بایستی از تمامی ظرفیت های بخش دولتی و غیر دولتی استفاده کند تا بتواند با ارائه راهکارهای اثربخش برای مقابله با شیوع بیماری با داشتن افق دید راهبردی همراه با انعطاف

۱۳۹۱). حکمرانی به معنای حاکمیت شبکه‌هایی است که پیونددهنده جامعه مدنی با دولت و بخش خصوصی است (جاکوب ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، فرایند جدید رهبری و هدایت جامعه را حکمرانی گویند. مفهوم حکمرانی گسترده‌تر از حکومت است و به معنای برآیند همبستگی و تعامل اقدامات و رفتارهای بازیگران بخش‌های مختلف جامعه است (چن و لی ۲۰۱۷).

حکمرانی مشارکتی نوعی از حکمرانی است که نقش آفرینان از سازمان‌های حکومتی، دولتی یا حوزه‌های خصوصی و اجتماعی در یک مسیر معین، سازنده و رو به جلو همکاری می‌کنند. تاکنون چندین مدل برای تعریف حکمرانی مشارکتی ارائه شده است که هر کدام از این مدل‌ها به تحلیل و بررسی فرایند مشارکت در ارائه خدمات عمومی پرداخته‌اند (امرسون و جیرلاک ۲۰۱۴). مدل اول مدل برایشون و همکاران (۲۰۰۶) است. در این مدل، حکمرانی مشارکتی به معنای مشارکت بین بخشی است. در این مدل، مشارکت به معنای مشارکت میان حکومت، کسب و کارها، نهادهای غیرانتفاعی، خیریه‌ها و مجامع عمومی است. این مدل، مشارکت بین بخشی به معنای تسهیم و ارتباط اطلاعات، منابع، فعالیت‌ها و توانمندی‌ها توسط سازمانها و بخش‌های مختلف برای رسیدن به یک نتیجه مشترک است که هیچ کدام از این بخش‌ها یا سازمانها به تنهایی توان دستیابی به این نتیجه را ندارند. این مدل، علی‌رغم اینکه فرایند مشارکت، محرکها و پیش‌نیازهای آن را به خوبی بررسی کرده، تأثیر نهادهای رسمی و غیر رسمی را در آغاز و در طول فرایند مشارکت بیان نکرده است. مدل دوم مدل حکمرانی مشارکتی انسل و گش (۲۰۰۸) است. علاوه بر اجزای مدل برایشون، نهادها نیز به عنوان یک واسط برای پیشبرد اهداف مشارکت و در خارج از چرخه مشارکت ذکر شده است؛ ولی تنها به نهادهای رسمی قانونگذاری اشاره شده و از نهادهای شناختی و هنجاری مغفول مانده است. الگوی سوم چارچوب امرسون و نباتچی (۲۰۱۱) است. این مدل حکمرانی مشارکتی را به عنوان فرایند و

پذیری در شرایط کنونی بحران شیوع کووید ۱۹ را شکست دهد. بنابراین، اگر این امکان فراهم باشد که به سیاست‌گذاران وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهادهای مدیریتی تسهیل‌کننده اداره امور ارائه شود و با قدرت بیشتری به مدیریت بحران کرونا بپردازد "چارچوب حکمرانی مشارکتی" می‌تواند گزینه مناسبی باشد. زیرا در این شرایط این وزارتخانه به تنهایی قادر به کنترل بیماری کرونا که یک بیماری نوظهور می‌باشد، نیست و به نظر می‌رسد که در شرایط کرونایی با تجربه‌ای که اقسام حکمرانی‌های باز (دمکراتیک) و بسته (غیر دمکراتیک) در تدبیر امور از خود نشان دادند، ظاهراً موفق‌ترین شیوه حکمرانی از سوی کشورهایی ظاهر شده است که مشارکت عمومی و مشارکت سازمان‌های اجتماعی را با خود داشته‌اند. لذا با توجه به مطالب فوق‌الذکر مسئله اصلی تحقیق حاضر پاسخگویی به این سوال اساسی است که؛ الگوی مناسب حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مدیریت بحران شیوع بیماری‌های نوظهور چگونه است؟ و این الگو شامل چه مؤلفه‌هایی می‌باشد؟ از نتایج تحقیق حاضر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور به صورت کاربردی می‌تواند استفاده کند. این وزارتخانه در صورت اجرای موفقیت‌آمیز حکمرانی مشارکتی علاوه بر ایجاد رضایتمندی و اعتماد در شهروندان، پیشرفت کار را دوچندان و اجرای سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها را از حالت یکنواخت و یک‌طرفه بودن به مشارکت همگانی و دو طرفه مردم و ارگانهای ذیربط می‌کشد. از دیگر مزایای حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توان اشاره کرد به؛ افزایش مشارکت و انعطاف‌پذیری، افزایش کارایی و پاسخ‌گویی، مدیریت شکایات ارباب رجوع، افزایش ظرفیت اجتماعی و نهادی برای مقابله با مسائل درهم‌تنیده خدمات پزشکی و انتقال دانش و عملکردهای مطلوب.

واژه حکمرانی، واژه جدیدی است که به جای واژه قدیمی «دولت» معنا و مفهوم به کار می‌رود (بیگی نیا و همکاران

گزارش شده است. محمدی و دانایی فرد (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان "الگوی حکمرانی مشارکتی توسعه انرژی تجدید پذیر ایران: رویکردی نهادی" با استفاده از رویکرد کیفی مورد کاوی و پس از ۲۵ مصاحبه نیمه ساختار یافته با سیاستگذاران، مدیران سازمان ها و شرکت ها، انجمن ها و سرمایه گذاران به ارائه مدل توسعه مشارکتی و با رویکردی نهادی در ایران پرداخته اند. نتایج این تحقیق نشان دادند که؛ الگوی مشارکت احصایی، فرایندی است که با انگیزه های مشارکت آغاز می شود و چرخه مشارکت را با تعامل مؤثر به حرکت درمی آورد. این چرخه با حل تعارضات، اعتمادسازی و ایجاد تعهد میان نقش آفرینان موجب تقویت بیشتر فرایند مشارکت و دستیابی به نتایج مطلوب می شود. در این مدل، نقش دوگانه نهادهای شناختی، هنجاری و رسمی به عنوان عامل پیشرفت و به طور همزمان، عامل توقف در مسیر توسعه تشریح شده است. دولت، با وضع قوانین تشویقی و تضمینی، انگیزه سرمایه گذاری در این بخش را ایجاد کرده است؛ اما برخی از موانع نهادی هنجاری و شناختی، مانند تضاد منافع، عدم تعهد دولتمردان و عدم اعتماد بخش خصوصی موجب کاهش سرعت توسعه شده است. دقتی و همکاران (۱۳۹۸) تحقیقی با عنوان "ارائه الگوی توسعه مرحله ای حکمرانی مشارکتی با استفاده از رویکرد فرا ترکیب" انجام داده اند. بر اساس یافته های این پژوهش، کدهای فناوری اطلاعات و ارتباطات، امنیت سایبری، سودآوری شبکه، مشارکت شهروندان در شبکه، درگیری و تعامل سازنده میان اعضای شبکه، پاسخ گویی و چارچوب ساختاری شبکه، چشم انداز توسعه شبکه، شرایط فناورانه حاکم بر شبکه و منابع انسانی دارای دانش و مهارت استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات بیشترین تأثیر را بر توسعه حکمرانی شبکه ای دارند. عمر و کارلس (۲۰۲۰) در مطالعه خود پیرامون حاکمیت مشارکتی در بخش بهداشت برزیل و ونزولا بیان کرده اند که؛ در جهت توانمندسازی اجتماعی و مدیریت بخش بهداشت در دو کشور از حکمرانی مشارکتی استفاده شده است. آنها بیان

ساختارهایی از تصمیم گیری ها و مدیریت در خط مشی های عمومی تعریف می کند. در این چارچوب، نظام حکمرانی مشارکتی تحت تأثیر شرایط محیطی است و با محرک ها آغاز می شود و شرایط محیطی و خود نظام را تحت تأثیر قرار می دهد. این محرک ها شامل موارد زیر است:

- ۱- عدم تعادل قدرت بین ذی نفعان و سهامداران
 - ۲- انگیزه های داخلی مانند مشکلات، منابع، منافع یا فرصت ها یا انگیزه های خارجی مانند بحران های موقعیتی یا نهادی، تهدیدات یا فرصت ها
 - ۳- پیشینه مخالفت یا همکاری میان ذی نفعانی که مانع یا موجب تسهیل مشارکت می شوند.
 - ۴- رهبری که به حضور یک رهبر شناخته شده اشاره دارد.
 - ۵- وابستگی متقابل در زمانی که سازمان ها به تنهایی قادر به انجام اهداف خود نیستند
 - ۶- عدم قطعیت که به طور داخلی قابل حل نیست و میتواند گروهها را جهت همکاری در کاهش، انتشار یا به اشتراک گذاری ریسک هدایت کند.
- این چارچوب، در مقایسه با دو مدل قبلی، از چند جهت ارتقا یافته است. اول اینکه این چارچوب اجزای نظام و مشخصه های مشارکت را در یک سیستم عملیاتی جمع می کند و ارتباط علی و معلولی آن را توضیح می دهد. دوم، در این چارچوب، نظام حکمرانی مشارکتی تحت تأثیر شرایط محیطی است، با محرک ها آغاز می شود و شرایط محیطی و خود نظام را تحت تأثیر قرار می دهد. سوم، این مدل مشارکت بخش خصوصی و دولتی را از انواع حکمرانی های مشارکتی به حساب می آورد؛ در حالی که با توجه به تعریف حکمرانی مشارکتی در مدل انسل و گش، مشارکت بخش خصوصی و دولتی صرفاً در مرحله اجرا صورت می گیرد و نه در مرحله تصمیم گیری و به این علت خارج از حوزه حکمرانی مشارکتی است.
- تاکنون در مورد حکمرانی مشارکتی تحقیقات محدودی انجام شده است که خالصه ای از این تحقیقات در ادامه

دیدگاه خبرگان و متخصصان برای شناسایی و تدوین الگوی حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مدیریت بحران شیوع بیماری‌های نوظهور بهره گرفته شد و برای تبیین ابعاد و شاخص‌های مناسب جهت ارائه مدل حکمرانی مشارکتی، از روش دلفی استفاده گردید. جامعه آماری در بخش کیفی، خبرگان (اعضای هیات علمی و متخصص در زمینه مدیریت دولتی و خط و مشی گذاری، اساتید آشنا با موضوع تحقیق و مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور) می‌باشد. از آنجایی که خبرگان و صاحب‌نظران که در حوزه حکمرانی مشارکتی تسلط داشته باشند به وضوح قابل شناسایی نیستند از اینرو از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی استفاده شد. در ابتدا تمرکز بر افرادی بوده است که آگاهی بیشتری نسبت به موضوع پژوهش داشته‌اند. علاوه بر این روش، در ادامه از افراد مورد مصاحبه خواسته شد تا خبره‌های دیگری را که در این زمینه صاحب‌نظر هستند معرفی نمایند. به همین ترتیب واحدهای دیگر نمونه شناسایی و انتخاب شدند. در شروع کار معیارهایی برای انتخاب هدفمند خبرگان در نظر گرفته شد. بر مبنای این معیارها فهرستی از این خبرگان تهیه شد تا هماهنگی‌های لازم برای تنظیم وقت و انجام مصاحبه صورت بگیرد. با این فرایند تعداد ۱۴ خبره برای مصاحبه کافی تشخیص داده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی، مصاحبه می‌باشد. در تحقیق حاضر جهت شناسایی شاخص‌ها و الگوی حکمرانی مشارکتی از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده گردید. پس از تعیین مصاحبه شونده‌گان، هماهنگی لازم برای زمان و مکان تشکیل جلسه مصاحبه صورت گرفت. پیش از تشکیل جلسه مصاحبه، خلاصه‌ای از طرح پژوهش، نتایج بررسی پیشینه پژوهش، شاخص‌های شناسایی شده در بخش مرور ادبیات، سؤالات مصاحبه و اهداف پژوهش در اختیار مصاحبه شونده‌گان قرار گرفت تا آمادگی لازم را برای انجام مصاحبه داشته باشند و در ابتدای جلسه مصاحبه نیز در

کرده اند که؛ چنین حاکمیت مشارکتی در بهداشت را نباید فقط به عنوان یک استراتژی بلکه به عنوان یک پروژه سیاسی در نظر گرفت که در آن جوامع سازمان یافته وضعیت موجود در بهداشت را به چالش می‌کشند.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر به دنبال درک عمیق‌تر ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی و کاربردی حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور می‌باشد. از این رو ابتدا با استفاده از روش کیفی و گردآوری داده‌های کیفی مورد نیاز، عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی استخراج شده اند. در پژوهش حاضر از روش تحقیق ترکیبی - اکتشافی استفاده شده است. در این طرح پژوهشگر ابتدا از روش کیفی موضوع پژوهش را با شرکت‌کنندگان محدود بررسی کرده، سپس بر مبنای یافته‌های کیفی نسبت به ساخت ابزار مناسب و مورد نظر اقدام می‌نماید و در مرحله دوم با استفاده از ابزار تهیه شده، به گردآوری داده‌های کمی می‌پردازد (برای تعمیم یافته‌های بخش کیفی)، و مدل ارائه شده، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. با توجه به ماهیت تحقیق حاضر می‌توان گفت از نظر هدف، کاربردی - توسعه‌ای محسوب می‌شود. زیرا تلاش می‌شود تا با استفاده از رویکرد کیفی و با توجه به داده‌های کیفی گردآوری شده از روش دلفی مدل حکمرانی مشارکتی طراحی و ارائه گردد، و از نظر ماهیت روش جزء تحقیقات آمیخته و از نوع کیفی - کمی می‌باشد.

الف) بخش کیفی: در مرحله اول مطالعه مقدماتی مبانی نظری مرتبط با عنوان تحقیق در حوزه‌های حکمرانی، حکمرانی خوب، حکمرانی مشارکتی و ... و همچنین ادبیات پژوهشی داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت و برخی از عوامل تأثیرگذار بر حکمرانی مشارکتی تدوین شد. به دلیل عدم وجود الگوهای جامع و بومی در حیطه حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، جهت بررسی موضوع، از

یکدیگر اتفاق نظر دارند. مقدار ضریب کندال در تکنیک دلفی عددی بین ۱ تا ۹ می‌باشد.

(ب) بخش کمی: در این مرحله پس از شناسایی

عوامل در بخش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی، جهت سنجش متغیرهای الگو، تعیین روابط بین متغیرهای الگو و همچنین اعتباریابی الگوی مفهومی از روش پژوهش کمی (توصیفی همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار ویژوال پی ال اس) استفاده شده است. ابزارهای سنجش متغیرهای الگوی طراحی شده و گویه‌های آن در قالب پرسشنامه بسته ۵ گزینه‌ای لیکرت از بسیار کم تا بسیار زیاد طراحی شده‌اند، سپس پرسشنامه طراحی شده جهت تأیید روایی محتوایی در اختیار خبرگان قرار گرفته و جهت تأیید پایایی آن در نمونه کوچکی از جامعه آماری به صورت پایلوت اجرا شد. جهت بررسی مدل ارائه شده، پرسشنامه‌های طراحی شده در مرحله سوم برای گردآوری داده‌ها توزیع و گردآوری شد. جامعه آماری شامل مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشوری می‌باشد. حجم جامعه آماری برابر با ۱۴۰ نفر می‌باشند. با توجه به احتمال برگشت‌ناپذیری پرسشنامه‌ها از تمام شماری استفاده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته که حاصل خروجی بخش کیفی تحقیق می‌باشد، است. این پرسشنامه دارای ۱۰ مؤلفه اصلی و ۶۰ مؤلفه فرعی است. برای بررسی روایی پرسشنامه تحقیق از روایی محتوایی، سازه و همگرایی استفاده شده است. برای بررسی روایی محتوایی از نظر خبرگان استفاده شده است. پرسشنامه این تحقیق در اختیار ۱۰ نفر از اساتید گروه مدیریت قرار داده شد و مورد تأیید آنها قرار گرفته است. روایی سازه پژوهش نیز به کمک نرم‌افزار SPSS به دست آمد. شاخص‌های ارزیابی در این آزمون، آماره کفایت نمونه‌برداری و سطح معناداری بارتلت هستند. جهت تأیید روایی سازه، سطح معناداری بارتلت باید مقداری کمتر از ۵ درصد داشته باشد و برای آماره کفایت نمونه‌برداری نیز معمولاً مقادیر بیش از ۰/۵۰ قابل قبول است. برای

مورد کارهای انجام شده به طور مختصر توضیح داده می‌شد. جهت اطمینان از روایی پژوهش، محقق از روش‌های بررسی توسط اعضاء، مثلث‌سازی (سه سویه نگری) منابع داده‌ها و بازبینی توسط همکاران استفاده کرده است. جهت بررسی پایایی از؛ تعریف اصطلاحات، توجیه پرسش شونده‌گان و وضعیت ظاهری و درونی استفاده شده است.

در پژوهش حاضر، بر اساس تعریف موضوع، تخصص‌های مورد نیاز تعیین و اعضای پانل دلفی در دو مرحله و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی، شناسایی و انتخاب شدند. در مرحله اول روش دلفی، ابتدا موضوع و ابعاد آن تعریف شد. با مطالعه گسترده پیرامون مباحث؛ حکمرانی مشارکتی از دیدگاه صاحب نظران داخلی و خارجی برخی عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی شناسایی گردید. همزمان با شناسایی و تعیین اعضای پانل و مکاتبه با هریک از آنان و توضیح برخی مؤلفه‌های استخراج شده در مبانی نظری (برخی موارد به صورت حضوری) از آنان خواسته شد تا مؤلفه‌هایی که احیاناً مد نظر قرار نگرفته‌اند پیشنهاد دهند. در حقیقت در مرحله اول دلفی با کمک اعضای پانل و اساتید، سیاهه‌ای از عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور احصا و تحلیل گردید.

مقیاس اتفاق نظر: در این پژوهش برای تعیین میزان اتفاق نظر میان اعضای پانل، از ضریب کندال استفاده شد. ضریب هماهنگی کندال مقیاسی است برای تعیین درجه هماهنگی و موافقت میان چندین دسته رتبه مربوط به N شی یا فرد. در حقیقت با کاربرد این مقیاس می‌توان همبستگی رتبه‌ای میان K مجموعه رتبه را یافت. چنین مقیاسی به ویژه در مطالعات مربوط به «روایی میان داوران» مفید است. ضریب هماهنگی کندال نشان می‌دهد که افرادی که چند مقوله را بر اساس اهمیت آنها مرتب کرده‌اند، اساساً معیارهای مشابهی را برای قضاوت درباره اهمیت هر یک از مقوله‌ها به کار برده‌اند و از این لحاظ با

به طور منظم مورد بررسی قرار گرفتند. در گام اول از متن مصاحبه‌ها، گزاره‌ها کدهای مشترک استخراج شدند. در مرحله بعد، داده‌ها در سطح جمله و عبارت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مفاهیم کشف شدند. یعنی پس از استخراج کدهای مشترک با دسته‌بندی‌هایی که صورت گرفت مفاهیم تدوین شدند. در مرحله بعد مقوله‌های اصلی نیز از دسته‌بندی مفاهیم استخراج و به طور موقت نام‌گذاری شدند. هر مقوله اصلی شامل چند مفهوم بود که همه آنها بواسطه کدهای مشترک مستخرج از مصاحبه‌ها به دست آمده‌اند. در بخش دوم دور اول نیز فهرستی از عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی که از پژوهش‌های پیشین و مبانی نظری استخراج شده بود، ارائه گردید. در این بخش، افراد نظر خود را درباره میزان تأثیر هر یک از عوامل احصاء شده از پژوهش‌های پیشین، مؤثر بر حکمرانی مشارکتی، با انتخاب یکی از گزینه‌های موجود در مقابل آنها اعلام می‌کرد. این گزینه‌ها در قالب طیف لیکرت و شامل «تأثیر بسیار کم: ۱»، «تأثیر کم: ۲»، «تأثیر متوسط: ۳»، «تأثیر زیاد: ۴»، و «تأثیر بسیار زیاد: ۵» بوده است. در دور اول دلفی، ۱۹ عامل از ادبیات پژوهش جمع‌آوری شدند و ۴۴ عامل نیز از مصاحبه با اعضای پانل به دست آمد که در مجموع با ۶۳ عامل این دور تکمیل شد. در دور اول در مجموع از ۶۳ عامل، ۳ عامل حذف و ۶۰ عامل تأیید شدند. سه عامل حذف شده عبارتند از: وجود فهم متقابل، مشارکت همه جانبه، تفکر جمعی.

نتایج دور دوم دلفی: پرسشنامه دور دوم به ۱۴ نفر از اعضای پانل تحویل داده شد. از این میان، دو نفر از اعضای پانل پرسشنامه را تکمیل نکردند. به این ترتیب ۱۲ پرسشنامه (۸۵ درصد) دریافت شد. تمامی پاسخ‌دهندگان در این دور، در دور قبل نیز شرکت کرده بودند. دور دوم نیز شامل دو مرحله بود، در مرحله اول دور دوم، فهرستی از عوامل ارائه گردید که در پیشینه تحقیق و مصاحبه با شرکت‌کنندگان در دور اول به عنوان عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی مطرح کرده بودند. در این بخش، پاسخگو باید نظر خود را درباره میزان تأثیر هر یک

اطمینان از کفایت حجم نمونه، KMO به کار برده می‌شود. این شاخص در دامنه صفر تا یک قرار دارد. اگر مقدار شاخص نزدیک به یک باشد، اندازه نمونه مناسب است. شاخص‌های مذکور برای متغیرهای پژوهش اندازه‌گیری شد و با توجه به مقادیر به دست آمده، روایی سازه متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. از طرفی می‌توان گفت حجم نمونه برای تبیین از کفایت مناسبی برخوردار است. روایی همگرایی (AVE)، با استفاده از نرم‌افزار لیزرل اندازه‌گیری شد. پایایی پرسشنامه‌ها به کمک آلفای کرونباخ و پایایی سازه بررسی شد. مقدار آلفای همه متغیرها بالای ۰/۷ به دست آمد؛ به این معنا که پرسشنامه‌ها پایایی مناسبی دارند. مقدار AVE برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۵۰ شده‌اند پس روایی همگرایی این متغیرها تأیید می‌شود. پایایی سازه همه متغیرها بزرگتر از ۰/۷۰ می‌باشد پس پایایی سازه این متغیرها تأیید می‌شود. در این پژوهش به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. سطح معناداری همه متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشند؛ پس با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که همه متغیرها، دارای توزیع نرمال می‌باشند.

یافته‌ها

نتایج دور اول روش دلفی: پرسشنامه دور اول دلفی که شامل دو بخش است، که به صورت حضوری به ۱۴ نفر از اعضای پانل تحویل داده شد. به این منظور با هر عضو به طور میانگین ۳ بار به صورت تلفنی تماس گرفته شد. از این میان، یک نفر از اعضای پانل پرسشنامه را تکمیل نکرد. به این ترتیب ۱۳ پرسشنامه (۹۲ درصد) دریافت شد. در بخش اول پرسشنامه دور اول دلفی، از پاسخگویان درخواست شد تا با توجه به تجربه و مطالعات خود در زمینه حکمرانی مشارکتی و مباحث مرتبط، عواملی که بر اجرای حکمرانی مشارکتی تأثیر گذارند را ذکر کنند. پس از انجام مصاحبه‌ها و پیاده‌سازی آنها طی فرایندی، متن مصاحبه‌ها برای یافتن کدهای مشترک، مفاهیم و مقوله‌ها

میانگین پاسخ‌های دور اول ارائه شد. در این بخش، همه عوامل دور اول تأیید شدند و هیچ عاملی اضافه و حذف نشد. سودمندی و آسیب نرساندن، توجه به رفاه دیگران و ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده، کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش رعایت شدند. جهت رعایت اخلاق پژوهشی، کد ثبت پروپوزال ۲۲۸۲۱۲۱۲۹۷۱۸۱۱ در کمیته ی اخلاق دانشگاه ثبت شد.

از آنها بر حکمرانی مشارکتی، با انتخاب یکی از گزینه‌های موجود در مقابل آنها اعلام می‌کرد. این گزینه‌ها در قالب طیف لیکرت ارائه گردید. در بخش دوم دور دوم نیز از مشارکت کنندگان درخواست شد تا علاوه بر عوامل موجود سایر عواملی که بر حکمرانی مشارکتی تأثیرگذار هستند و در بخش اول ذکر نشده‌اند، بیان کنند. در جدول ۱ نتایج دور دوم روش دلفی درج شده است. در بخش دور دوم تکنیک دلفی، مجموعه عوامل کلیدی و مؤثر بر حکمرانی مشارکتی به ترتیب اهمیت آنها بر اساس

جدول ۱. نتایج دور اول دلفی (منبع: یافته‌های محقق)

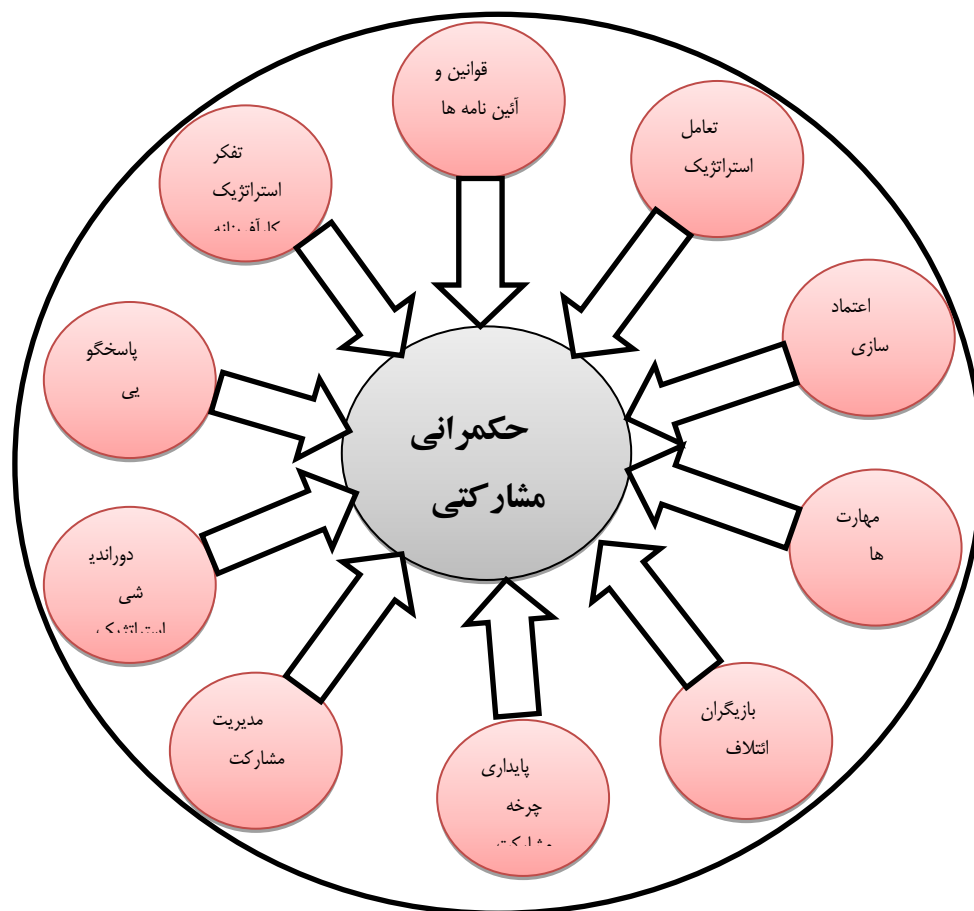
Table1. Delphi First Round Results (Source: Researcher Findings)

نتایج دور دوم دلفی		نتایج دور اول دلفی			شاخص‌ها	مفاهیم کلان					
ترتیب اهمیت	کند ل	انحراف معیار پاسخ‌ها	میانگین پاسخ‌ها	تعداد پاسخ‌ها	ترتیب اهمیت	کند ل	انحراف معیار پاسخ‌ها	میانگین پاسخ‌ها	تعداد پاسخ‌ها		
۱	۸,۰۱	۰,۴۲۱	۴,۶۲	۱۲	۱	۷,۹۱	۰,۵۳۰	۴,۲۴	۱۳	ایجاد ارتباطات متقابل	تعامل راهبردی
۲	۷,۸۰	۰,۴۸۹	۴,۴۰	۱۲	۴	۶,۴۷	۰,۶۷۳	۴,۱۲	۱۳	تعامل با تکنولوژی‌های روز	
۶	۶,۷۴	۰,۶۰۶	۳,۹۸	۱۲	۲	۶,۸۲	۰,۵۸۲	۴,۱۸	۱۳	تعامل سازنده میان اعضا	
۱	۷,۶۴	۰,۳۷۶	۴,۸۴	۱۲	۱	۷,۴۷	۰,۴۳۷	۴,۱۸	۱۳	اعتماد به همکاران	اعتماد سازی
۳	۷,۱۸	۰,۴۴۳	۴,۵۰	۱۲	۳	۶,۹۷	۰,۵۴۱	۳,۹۴	۱۳	اعتماد سازی در بخش خصوصی	
۵	۶,۹۸	۰,۴۸۵	۳,۸۶	۱۲	۵	۶,۳۲	۰,۶۶۸	۳,۸۲	۳	اعتماد به فرایند	
۱	۷,۹۲	۰,۵۴۲	۴,۴۸	۱۲	۱	۷,۸۳	۰,۵۱۶	۴,۶۷	۱۳	تخصص و مهارت‌های کارآفرینانه	مهارتها
۳	۷,۲۵	۰,۴۵۴	۴,۱۲	۱۲	۳	۷,۵۵	۰,۶۳۴	۴,۴۲	۱۳	نوآوری و خلاقیت در اجرا	
۲	۷,۶۷	۰,۴۴۸	۴,۲۵	۱۲	۲	۷,۷۲	۰,۵۴۹	۴,۶۰	۱۳	تعهد خلاق	
۴	۶,۵۷	۰,۵۲۹	۳,۷۶	۱۲	۴	۶,۲۸	۰,۶۹۸	۴,۲۲	۱۳	مدیریت تجربه	
۱	۷,۷۸	۰,۶۴۱	۴,۳۲	۱۲	۱	۷,۹۱	۰,۴۸۸	۴,۶۰	۱۳	شناسایی بازیگران اصلی مشارکت	بازیگران ائتلاف
۲	۷,۲۸	۰,۵۷۸	۴,۲۰	۱۲	۲	۷,۷۷	۰,۵۱۰	۴,۴۶	۱۳	الگوها و جریان‌های تعاملی بین بازیگران	
۴	۶,۴۳	۰,۳۸۸	۳,۷۴	۱۲	۴	۶,۴۳	۰,۶۲۲	۳,۸۶	۱۳	تعاملات آنلاین بین بازیگران	

۱	۷,۸	۰,۴۳۷	۴,۵۵	۱۲	۱	۶,۴	۰,۶۲۴	۴,۵۴	۱۳	قوانین و آئین نامه	قوانین و آئین نامه ها
	۳					۷				های مشوق توسعه	
۲	۷,۵	۰,۶۲۹	۴,۰۴	۱۲	۲	۶,۲۲	۰,۷۳۲	۴,۴۴	۱۳	آئین نامه های حمایت از سرمایه گذاری مشترک	
	۴					۵,۹۲	۰,۷۳۳	۳,۹۸	۱۳	حذف قوانین و مقررات دست و پا گیر	
۲	۷,۶۶	۰,۴۸۲	۴,۳۶	۱۲	۲	۷,۴۲	۰,۵۸۷	۴,۷۴	۱۳	تعهد فرایند مشارکت	
۱	۷,۹۳	۰,۵۲۷	۴,۶۰	۱۲	۱	۷,۵	۰,۴۳۷	۴,۷۶	۱۳	حل تعارضات بین بخشی	بایرداری چرخه مشارکت
						۳,۲۱	۰,۸۷۲	۱,۷۸	۱۳	مشارکت همه جانبه	
۶	۷,۶۶	۰,۴۰۷	۳,۴۳	۱۲	۶	۶,۸	۰,۵۴۱	۴,۰۲	۱۳	پیشقدم شدن شرکتهای بخش خصوصی	
۳	۷,۵۱	۰,۵۶۱	۴,۵۳	۱۲	۳	۶,۶۲	۰,۵۶۲	۴,۲۴	۱۳	برنامه ریزی فعال	
۷	۶,۲۳	۰,۴۶۸	۳,۶۸	۱۲	۷	۵,۹۴	۰,۶۷۲	۳,۵۳	۱۳	برنامه ریزی عملیاتی	مدیریت
۲	۷,۵۵	۰,۴۲۰	۴,۶۱	۱۲	۲	۷,۳	۰,۵۰۶	۴,۴۰	۱۳	همراستاسازی منافع اعضا	مشارکت
۴	۷,۳۹	۰,۴۴۷	۴,۴۶	۱۲	۴	۷,۰۱	۰,۵۶۳	۴,۱۴	۱۳	ایجاد ارزش و مدیریت ارزش عمومی	
۸	۶,۱۲	۰,۵۳۷	۳,۴۲	۱۲	۸	۶,۱۳	۰,۶۷۸	۳,۴۴	۱۳	متعهد کردن اعضای کلیدی به چشم انداز و اهداف مشارکت	
۱	۷,۹۲	۰,۵۲۶	۴,۵۸	۱۲	۱	۷,۵	۰,۶۲۷	۴,۶۱	۱۳	توانمندسازی	دوراندیشی
						۴					
۴	۷,۴	۰,۶۰۹	۳,۷۸	۱۲	۴	۷,۰۴	۰,۵۸۱	۳,۹۰	۱۳	ایجاد و ظرفیت سازی فناوریانه	راهبردی
۲	۷,۷	۰,۵۹۲	۴,۲۵	۱۲	۲	۷,۲۹	۰,۵۱۱	۴,۴۴	۱۳	ارزیابی پتانسیل سرمایه گذاری ها	
۱	۷,۹۰	۰,۵۰۱	۴,۸۶	۱۲	۱	۷,۹۲	۰,۵۰۳	۴,۵۹	۱۳	پاسخگویی به ارباب رجوع	پاسخگویی
۵	۶,۲۷	۰,۵۸۳	۳,۹۳	۱۲	۵	۶,۵۵	۰,۵۸۴	۳,۸۶	۱۳	بهبود و تسریع در پاسخگویی	
۳	۷,۴	۰,۵۲۹	۴,۱۲	۱۲	۳	۷,۳	۰,۶۳۷	۴,۲۷	۱۳	پاسخگویی به دستگاه ها و واحد های نظارتی	
۱	۸,۲۱	۰,۴۳۹	۴,۷۵	۱۲	۱	۷,۷	۰,۵۲۹	۴,۸۲	۱۳	تفکر مثبت به مشارکت جویی	تفکر راهبردی
۲	۷,۸۹	۰,۵۴۱	۴,۵۲	۱۲	۲	۷,۶۲	۰,۵۷۳	۴,۷۴	۱۳	اعتقاد به اقدامات جمعی	کار آفرینانه
۳	۷,۷	۰,۵۹۳	۴,۳۴	۱۲	۳	۷,۴۹	۰,۵۹۱	۴,۶۶	۱۳	توافق پذیری و مصالحه پذیری	
						۳,۷	۰,۶۹۸	۲,۴۹	۱۳	تفکر جمعی	

۱ ارائه شد.

در مجموع برای حکمرانی مشارکتی ۶۰ شاخص شناسایی شد که پس از دسته‌بندی، مدل مفهومی به صورت شکل



شکل ۱. مدل مستخرج از بخش کیفی تحقیق

figure 1. The model extracted from the qualitative part of the research

می‌توان ادعا کرد که میزان اهمیت هر یک از شاخص‌های متغیرهای مربوطه بزرگتر از ارزش آزمون (۳) است. با توجه به فاصله اطمینان به دست آمده می‌توان چنین بیان داشت که در مواردی که حد بالا و پایین هر دو مثبت است، میانگین به دست آمده بزرگتر از ارزش آزمون است. بنابراین همه شاخص‌های متغیرها تأیید می‌شوند.

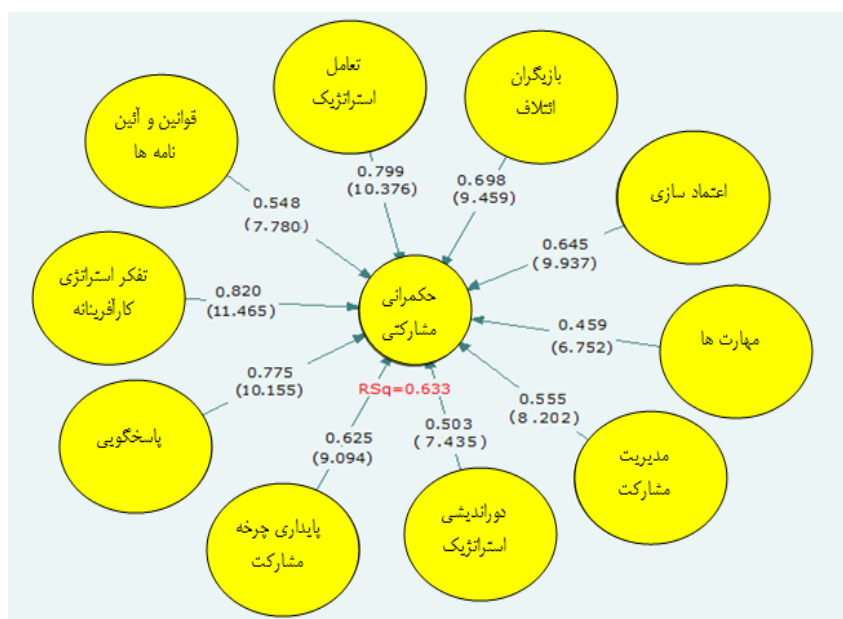
آزمون میانگین و آزمون t متغیرهای پژوهش: به منظور تحلیل وضعیت شاخص‌ها از آزمون مقایسه میانگین استفاده شده است و با کمک آزمون تی (T) تک نمونه‌ای وضعیت هر یک از شاخص‌ها نسبت به ارزش آزمون (عدد ۳)، بررسی می‌شود. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۲ سطح معناداری آزمون در همه موارد کوچکتر از میزان خطا (۰/۰۵) می‌باشد. پس با اطمینان ۹۵ درصد

جدول ۲. نتایج حاصل از آزمون تی تک نمونه‌ای و تحلیل عاملی (منبع: یافته‌های محقق)

Table2. Results of one-sample t-test and factor analysis (Source: Researcher Findings)

متغیرها	شاخص‌ها	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معناداری	اختلاف میانگین		نتایج تحلیل عاملی	
					سطح پایین	سطح بالا	بار عاملی	ضریب معناداری
تعامل راهبردی	ایجاد ارتباطات متقابل	۱۱/۲۵	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۴۸	۰/۷۲۳	تأیید
	تعامل با تکنولوژی های روز	۱۰/۳۴	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۵۳	۰/۶۳	تأیید
	تعامل سازنده میان اعضاء	۱۰/۷۳	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۵	۰/۴۴	۰/۶۶	تأیید
اعتماد سازی	اعتماد به همکاران	۱۰/۱۸	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۷	۰/۵۶	۰/۸۰	تأیید
	اعتمادسازی در بخش خصوصی	۹/۹۳	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۴۷	۰/۵۸	تأیید
	اعتماد به فرایند	۸/۴۶	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۳	۰/۳۸	۰/۷۴	تأیید
مهارتها	تخصص و مهارت های کارآفرینانه	۹/۴۸	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۱	۰/۴۵	۰/۸۴	تأیید
	نوآوری و خلاقیت در اجرا	۱۰/۳۷	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۷	۰/۵۳	۰/۶۶	تأیید
	تعهد خلاق	۱۰/۶۱	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۶۲	۰/۷۰	تأیید
بازیگران ائتلاف	شناسایی بازیگران اصلی مشارکت	۹/۳۳	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۳۸	۰/۸۵	تأیید
	الگوها و جریان های تعاملی بین بازیگران	۹/۷۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۲	۰/۴۹	۰/۷۰	تأیید
	تعاملات آنلاین بین بازیگران	۱۰/۲۶	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۶۱	۰/۷۴	تأیید
قوانین و آئین نامه ها	روابط راهبردی بین بازیگران	۸/۱۴	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۴۵	۰/۷۱	تأیید
	کیفیت همکاری بین بازیگران	۹/۲۹	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۴۰	۰/۶۳	تأیید
	قوانین و آئین نامه های مشوق توسعه	۱۰/۴۴	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۵۹	۰/۸۲	تأیید
پایداری چرخه مشارکت	آئین نامه های حمایت از سرمایه گذاری مشترک	۹/۵۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۰/۴۳	۰/۷۵	تأیید
	حذف قوانین و مقررات دست و پا گیر	۹/۶۴	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۴۰	۰/۷۱	تأیید
	تعهد فرایند مشارکت	۱۰/۸۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۵۱	۰/۸۲	تأیید
مدیریت مشارکت	حل تعارضات بین بخشی	۹/۶۹	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۴۴	۰/۸۱	تأیید
	پیشقدم شدن شرکتهای بخش خصوصی	۱۰/۲۳	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۵۹	۰/۷۲	تأیید
	برنامه ریزی فعال	۱۰/۴۲	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۷	۰/۳۵	۰/۷۹	تأیید
دوراندیشی راهبردی	برنامه ریزی عملیاتی	۹/۸۶	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۶۶	۰/۷۲	تأیید
	توانمندسازی	۹/۳۷	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۵۰	۰/۷۲	تأیید
	ایجاد و ظرفیت سازی فناورانه	۸/۶۱	۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۶۳	۰/۶۹	تأیید
پاسخگویی	ارزیابی پتانسیل سرمایه گذاری ها	۸/۴۵	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۵۳	۰/۷۰	تأیید
	پاسخگویی به ارباب رجوع	۹/۹۵	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۰	۰/۶۲	۰/۷۲	تأیید
	بهبود و تسریع در پاسخگویی	۱۰/۵۷	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳	۰/۶۹	۰/۵۶	تأیید
تفکر راهبردی کارآفرینانه	تفکر مثبت به مشارکت جویی	۱۰/۱۹	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۵۱	۰/۶۴	تأیید
	اعتقاد به اقدامات جمعی	۹/۴۱	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۴۲	۰/۷۱	تأیید
	توافق پذیری و مصالحه پذیری	۱۰/۷۴	۱۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۰/۶۴	۰/۸۸	تأیید

در این بخش با استفاده از نرم افزار ویزوال پی ال اس مدل ساختاری تحقیق بررسی شده و در شکل ۲ ارائه شد.



شکل ۲. مدل ساختاری تحقیق

figure2. Structural model of research

بحث و نتیجه گیری

حکمرانی مشارکتی ابزار ویژه ای در اختیار سیاستگذاران قرار می دهد تا به وسیله آن با مسائل بفرنج روبه رو شوند. مسائلی که هزینه شکست برای پاسخ به آنها بالاست، مانند موضوعاتی که برای نیازهای شهروندان حیاتی است (مثل بهداشت و سلامت) و تعداد زیادی از بازیگران برای حل آنها مسئولیت دارند و در حل مسائل پیچیده مؤثر است. از طرفی نیز هر روز شاهدیم که دستگاه های اجرایی و سازمان های دولتی در جست ووی راه حلی برای مسائل و مشکلات خاص جامعه هستند که حکمرانی مشارکتی می تواند یکی از این راه حل ها در نظر گرفته شود. با توجه به مزایا و مطلوبیت های موجود در استقرار و توسعه حکمرانی مشارکتی در بخش دولتی و همچنین پیامدهای گسترده آن، این نوع از حکمرانی می تواند بسیاری از مشکلات و مسائل مربوط به بخش سیاستگذاری و اجرا را حل نماید. از طرفی نیز با توجه به

همانطور که در شکل ۲ مشاهده می شود، با توجه به اینکه اعداد معناداری فرضیه های تحقیق همگی بزرگتر از ۱/۹۶ و ضرایب مسیر نیز همه مثبت شده اند لذا می توان نتیجه گرفت که عوامل شناسایی شده (تعامل راهبردی، اعتماد سازی، مهارت ها، قوانین و آئین نامه ها، پایداری چرخه مشارکت، پاسخگویی، بازیگران ائتلاف، دوراندیشی راهبردی، مدیریت مشارکت و تفکر راهبردی کارفرینانه) بر حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تأثیر مثبت و معناداری دارند.

برازش مدل: از شاخص GOF برای برازش کلی مدل ساختاری تحقیق استفاده شده است. با توجه به سه مقدار ۰/۱۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ که بعنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است، عدد ۰/۶۹ برای GOF نشان از برازش کلی قوی مدل ساختاری تحقیق پژوهش دارد.

$$GOF = \sqrt{0.18102 \times 0.590} = 0.69$$

پرداخته اند و از شناسایی بازیگران اصلی این حکمرانی به عنوان اولین و حساس ترین عامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی اشاره کرده اند که در تحقیق حاضر نیز یکی از عوامل اصلی تأثیرگذار بر حکمرانی مشارکتی شناسایی بازیگران ائتلاف می باشد.

جاکوب (۲۰۱۶) در مطالعه خود به نقش سرمایه اجتماعی در موفقیت حکمرانی مشارکتی اشاره کرده است که در این تحقیق نیز سرمایه اجتماعی یکی از شاخص های اصلی مهارتهای لازم برای موفقیت حکمرانی مشارکتی می باشد. راجان و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود پیرامون نهادینه سازی حاکمیت مشارکتی سلامت در کشور تایلند، مقوله های اعتماد سازی و تفکر گرایی را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر حکمرانی مشارکتی معرفی کرده اند که در این تحقیق نیز اعتماد سازی و تفکر راهبردی کارآفرینانه جزء متغیرهای اصلی شناسایی شده اند. عمر و کارلس (۲۰۲۰) در مطالعه خود پیرامون حاکمیت مشارکتی در بخش بهداشت برزیل و ونزولا بیان کرده اند که؛ به ترتیب سه عامل پاسخگویی، پایداری و ارتباطات تأثیرگذارترین عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی می باشند که در این تحقیق نیز این سه عامل جزء شاخص های اصلی مدل حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور محسوب می شوند. در ادامه با توجه به نتایج کسب شده پیشنهادهایی ارائه شده است.

پیشنهاد می شود که؛ سیاست گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور دستور کار شفاف و سرفصل های مشخصی برای توسعه حکمرانی مشارکتی در برنامه های تحول نظام اداری کشور باز کرده و به این موضوع از جنبه نهادی در ساختار قدرت توجه کنند. همچنین، توجه به ماهیت ساختار اجرای سیاست ها در بخش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور و الزامات اجرای سیاست ها از جمله، فرهنگ سازی، بازمهندسی فرایندها، تجدید ساختار، اصلاح استراتژی های کلان سازمان ها با رویکرد حکمرانی مشارکتی توصیه می شود. طراحی دقیق شاخص های ارزشیابی

تغییر مطالبات مردم برای دریافت خدمات بهتر و سریع تر و همچنین افزایش انتظارات مردم در مورد پاسخگو بودن دولت، سبب شده است دولت ها درصدد پاسخ به این نیازها و جلب رضایت‌مندی شهروندان برآیند که در این مسیر، حکمرانی مشارکتی امکانات وسیعی در زمینه افزایش کیفیت و سرعت در ارائه خدمات به عنوان ابزاری کارآمد نقش آفرینی کند. شواهد حاکی از آن است که مسئولان و مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور به این مقوله کمتر پرداخته اند و از این رویکرد به طور علمی و عملی در فرایندها و اقدامات خود بهره مند نشده اند. یکی از دلایل ایجاد چنین مسئله ای تعداد اندک مطالعات در خصوص حکمرانی مشارکتی است. هدف اصلی تحقیق حاضر راه الگویی برای حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در مدیریت بحران شیوع بیماری های نوظهور است. پس از اجرای فاز کیفی تحقیق و شناسایی عوامل مؤثر بر حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، مدل مفهومی که حاصل خروجی بخش کیفی بوده است طراحی شد. در بخش کیفی در نهایت ۶۰ شاخص در قالب ۱۰ عامل استخراج شدند. این ده عامل عبارتند از؛ تعامل راهبردی، اعتماد سازی، مهارت ها، قوانین و آئین نامه ها، پایداری چرخه مشارکت، پاسخگویی، بازیگران ائتلاف، دوراندیشی راهبردی، مدیریت مشارکت و تفکر راهبردی کارفرینانه. به دلیل اینکه موضوع حکمرانی مشارکتی کمتر مورد توجه پژوهشگران پیشین قرار گرفته است لذا نتایج کسب شده در این تحقیق با تحقیقات محدودی همخوانی دارند.

دقتی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود که به توسعه حکمرانی شبکه ای پرداخته اند به پایداری چرخه مشارکت و مدیریت مشارکت اشاره داشته اند و بیان کرده اند که این دو عامل مهمترین عوامل تأثیرگذار در حکمرانی شبکه ای می باشند. همچنین عمرانیان خراسانی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود به بررسی الگوی حکمرانی مشارکتی - تطبیقی در منابع طبیعی

Emerson, Gerlak A K. 2014. "Adaptation in Collaborative Governance Regimes". *Environmental Management*. Vol. 54, No. 4, Pp. 768-781.

Emerson K; Nabatchi T, Balogh S. 2011. "An integrative framework for collaborative governance". *Journal of Public Administration Research and Theory*. Vol. 22, No. 1, Pp. 1-29.

Hayes A, Scott T. 2017. *Multiplex Network Analysis for Complex Governance Systems Using Surveys and Online Behavior*. *Policy Studies Journal*, Vol. 46, No. 2, Pp. 1-27.

Imranian Khorasani H, Payesteh M, Kolahy M. 2018. *Participatory-Comparative Governance in Natural Resources*, 7th National Conference on Rangeland and Rangeland Management in Iran, Alborz Applied Scientific Education Center, Alborz, Iran. [In Persian].

Jacob D. 2016. How and why Participatory governance evolves. *Journal of Electronic Markets*, Vol. 26, No. 1, Pp. 43-54.

Kaufmann D K. 2010. *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*. World Bank.

Mokhber A, Mehrara V. 2003. *Governance and the fight against corruption*, Good Partnership Research Project, Tehran, Islamic Consultative Assembly Research Office Publications. [In Persian].

Naderi M M. 2011. Good ruling; Introduction and Overview, *Quarterly Journal of Islam and Management Research*, Vol. 1, No. 1, Pp. 95-63. [In Persian].

Nikobasti A. 2011. *Governance and Development: Past, Present, and Future*,

روند پیشرفت حکمرانی مشارکتی با هدف گرفتن بازخورد و اصلاح سیاست ها و فرایندهای اجرایی موضوع از نکات مهم دیگری است که توجه به آن از سوی سیاست گذاران ، می تواند در اثربخشی فرایند توسعه حکمرانی مشارکتی مؤثر واقع شود. با توجه به اینکه اجرای اثربخش برنامه های تحول نظام اداری کشور می تواند زمینه ساز اثربخشی بیشتر توسعه حکمرانی مشارکتی باشد، به مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور پیشنهاد می شود، اجرای دقیق و گام به گام برنامه های تحول را رصد کرده و با ارزیابی های دقیق برنامه های اجرا شده و با رویکرد یادگیری سازمانی، زمینه شتاب دهی به روند توسعه حکمرانی مشارکتی را فراهم کنند.

References

Aghazadeh M R, Askari Ta, Shahi A, et al. 2015. Designing a process model for formulating the strategy of government organizations based on the paradigm of network governance, *Quarterly Journal of Management of Government Organizations*, Vol. 4, No. 1, Pp. 52-29.

[In Persian].

Beiginia A R, Safari S, Morshedzad A, et al. 2012 Identifying and Prioritizing Good Governance Indicators, *Public Management Perspectives Quarterly*, Vol. 12, No. 1, Pp. 86-65. [In Persian].

Bryson J M, Crosby B C, Stone M M. 2006. "The Design and Implementation of Cross-Sector Collaboration: Propositions from the Literature Abstract". *Public Administration Review*. No 66 (December). pp. 44-55.

Chen U, Lee J. 2017. Collaborative data networks for public service: governance, management, and performance. *Journal of Public Management Review*, Vol. 20, No. 5, Pp. 1-19.

- Salimi J, Maknoon R. 2018. Qualitative meta-analysis of scientific research on the issue of governance in Iran, *Public Management Quarterly*, Vol. 10, No. 1, Pp. 1-30. [In Persian].
- Yi H. 2017. Participatory Structure and Governance Performance: What Makes a Difference? *Journal of Public Administration Review*, Vol. 78, No. 2, Pp. 1-11.
- Program and Budget Quarterly, Vol. 16, No. 4, Pp. 154-129. [In Persian].
- Omar M, Carles M. 2020. State-society nexus in Brazil and Venezuela and its effect on participatory governance efforts in health and other sectors., *International Journal for Equity in Health*, 223:110-125.
- Roper Nedd R K. 2018. Good Governance and Corporate Social Responsibility Rhetoric to Reality, (Unpublished doctoral dissertation), Howard University.

مجله‌ی توسعه‌ی آموزش جندی‌شاپور
فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی
سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

الگوی مناسب حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مدیریت بحران شیوع بیماری‌های نوظهور

بهداد آزادی: دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
کامبیز حمیدی*: عضو هیئت علمی، گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
علیرضا اسلامبولچی: عضو هیئت علمی، گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
جواد نیک نفس: عضو هیئت علمی، گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
بهروز بیات: عضو هیئت علمی، گروه علم، اطلاعات و دانش‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

چکیده: هدف اصلی تحقیق حاضر ارائه الگوی مناسب حکمرانی مشارکتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در مدیریت بحران شیوع بیماری‌های نوظهور است. این تحقیق یک تحقیق ترکیبی (کیفی-کمی) می‌باشد. جامعه آماری در بخش کیفی شامل خبرگان که متشکل از اساتید دانشگاهی و مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور می‌باشند. با توجه به روش نمونه‌گیری گلوله برفی تعداد ۱۴ نفر در بخش کیفی تحقیق به عنوان نمونه حضور داشتند. در بخش کمی نیز ۱۴۰ نفر از مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور حضور داشته‌اند. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق در بخش کیفی مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و در بخش کمی نیز پرسشنامه محقق ساخته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از تکنیک دلفی و در بخش کمی نیز از تکنیک معادلات ساختاری استفاده شده است. نتایج نشان داد 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 شدند. این ۱۰ عامل عبارتند از: تعامل راهبردی، اعتماد سازی، مهارت‌ها، قوانین و آئین نامه‌ها، پایداری چرخه مشارکت، پاسخگویی، بازیگران ائتلاف، دوراندیشی راهبردی، مدیریت مشارکت و تفکر راهبردی کارآفرینانه.

واژگان کلیدی: حکمرانی، حکمرانی مشارکتی، بحران شیوع بیماری‌های نوظهور، وزارت بهداشت.

***نویسنده مسؤول:** عضو هیئت علمی، گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Email: hamidi.ka@gmail.com