

Identifying and Presenting the Thematic Network of Health System Governance with a Focus on Civil Institutions

Seyyede Maryam Haeri¹  | Ghanbar Amirnejad²  |
Mansour Zarra-Nejad³  | Gholamreza Memarzadeh⁴ 

- ¹ PhD Candidate in Public Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: mailto:mhaeri1356@gmail.com.
- ² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Public Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: g.amirnejad@iau.ac.ir.
- ³ Professor, Department of Economics and Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: mailto:m.zarran@scu.ac.ir
- ⁴ Professor, Department of Public Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: mailto:gmemar@gmail.com.

Abstract:

Purpose: In recent years, the discourse of participatory governance has gained significant attention as a modern approach to managing health systems. The purpose of this study is to develop a conceptual model of participatory governance in Iran's health system, with a particular emphasis on the role and position of civil institutions in strengthening social participation and improving the quality of public policy-making in the health sector.

Methodology: This research is qualitative in nature and follows a thematic analysis approach. The data were collected through semi-structured interviews with 15 experts in the fields of health, public policy, and civil society. The data

Article type: Research

Cite this article S. M. Haeri, Gh. Amirnejad, M. Zarra-Nejad, Gh. Memarzadeh (2026). Identifying and Presenting the Thematic Network of Health System Governance with a Focus on Civil Institutions. *Governance and Development Journal*, 6(2), 291-313.
DOI: 10.22111/JIPAA.2026.53683.1124.

Received: 28.10.2025

Revised: 15.02.2026

Accepted: 21.02.2026

Published: 22.06.2026



© The Author (s)

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

were analyzed at three levels—basic codes, organizing themes, and global theme—and the thematic network was visualized using MAXQDA software.

Findings: The results of the analysis revealed that Iran's health system faces multiple challenges, including institutional opacity, limited public participation, lack of structural accountability, intersectoral incoherence, financial constraints, and institutional resistance. Conversely, civil institutions possess significant capacities, such as network-building potential, educational capabilities, and social empowerment mechanisms, which together provide a foundation for realizing participatory governance. The overarching theme of the study, "Participatory Health Governance," encompasses three major clusters: challenges, role performances, and capacity-building mechanisms.

Conclusion: Based on the findings, revising the governance structure of Iran's health system through the design of participatory mechanisms, strengthening accountability frameworks, and establishing legal foundations for the active engagement of civil institutions is essential. Moreover, enhancing the social legitimacy and organizational capacity of civil institutions can lead to greater dynamism in the health policy-making process. This study provides a foundation for developing indigenous models of participatory health governance and paves the way for future comparative and policy-oriented research at national and international levels.

Keywords: Participatory Governance, Health System, Civil Institutions, Network Capacity.



دانشگاه سیدالشهدا
مجله مدیریت و برنامه ریزی

حکمرانی و توسعه

شماره ۳۴۶۱-۲۷۸۳

Homepage: www.jipaa.ir



مجله مدیریت و برنامه ریزی

شناسایی و ارائه شبکه مضامین حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی

سیده مریم حائری^۱ | قنبر امیرنژاد^۲ | منصور زراء نژاد^۳ | غلامرضا معمارزاده^۴

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: seyedehmaryam.haeri@iau.ac.ir
۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: g.amirnejad@iau.ac.ir
۳. استاد، گروه اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. رایانامه: m.zarran@scu.ac.ir
۴. استاد گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: memarzadeh@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف پژوهش: در سال‌های اخیر، گفتمان حکمرانی مشارکتی به‌عنوان رویکردی نوین در مدیریت نظام‌های سلامت، مورد توجه گسترده قرار گرفته است. هدف این پژوهش، تبیین الگوی مفهومی حکمرانی مشارکتی نظام سلامت ایران با تأکید بر نقش و جایگاه نهادهای مدنی در تقویت مشارکت اجتماعی و ارتقای کیفیت سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت می‌باشد.

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۶

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کیفی و با رویکرد تحلیل مضمون (تماتیک) انجام گرفته است. داده‌های تحقیق از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ نفر از خبرگان حوزه‌های سلامت، سیاست‌گذاری عمومی و جامعه مدنی گردآوری گردید. سپس داده‌ها در سه سطح کدهای پایه، مضامین سازمان‌دهنده و مضمون فراگیر تحلیل و شبکه مضامین با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ترسیم شد.

واژه‌های کلیدی:

حکمرانی مشارکتی،

نظام سلامت،

نهادهای مدنی،

ظرفیت شبکه‌ای.

یافته‌های پژوهش: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که نظام سلامت ایران با چالش‌هایی از قبیل ضعف شفافیت نهادی، محدودیت در مشارکت عمومی، فقدان پاسخ‌گویی ساختاری، ناهماهنگی میان‌بخشی، کمبود منابع مالی و مقاومت نهادی مواجه است. در مقابل، ظرفیت‌های نهادهای مدنی همچون توان شبکه‌سازی، قابلیت‌های آموزشی و پتانسیل توانمندسازی اجتماعی، زمینه‌ساز تحقق حکمرانی مشارکتی است. در نهایت، مضمون فراگیر پژوهش با عنوان «حکمرانی مشارکتی سلامت» در سه خوشه اصلی شامل چالش‌ها، نقش‌آفرینی‌ها و ظرفیت‌سازی‌ها شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری پژوهش: براساس یافته‌ها، بازنگری در ساختار حکمرانی سلامت کشور

استناد: حائری، سیده مریم؛ امیرنژاد، قنبر؛ زراء نژاد، منصور؛ معمارزاده، غلامرضا (۱۴۰۵) "شناسایی و ارائه شبکه مضامین حکمرانی نظام سلامت با



تمرکز بر نهادهای مدنی " حکمرانی و توسعه، (۲) ۳۹۱-۳۱۳. DOI: 10.22111/JIPAA.2026.53683.1124

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه سیستان و بلوچستان

از طریق طراحی سازوکارهای مشارکتی، تقویت نظام پاسخ‌گویی و ایجاد بسترهای قانونی جهت فعالیت مؤثر نهادهای مدنی، ضرورتی اساسی است. همچنین، ارتقای مشروعیت اجتماعی و ظرفیت سازمانی نهادهای مدنی می‌تواند موجب پویایی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت گردد. این مطالعه، بستر لازم برای توسعه مدل‌های بومی حکمرانی مشارکتی سلامت و انجام مطالعات تطبیقی در سطوح ملی و بین‌المللی را فراهم می‌سازد.

مقدمه

در سال‌های اخیر، بحث حکمرانی در نظام سلامت ایران از سطح یک مفهوم نظری فراتر رفته و به یک مسئله عینی و سیاستی تبدیل شده است؛ مسئله‌ای که مستقیماً با کارآمدی نظام سلامت، عدالت در دسترسی به خدمات و میزان پاسخ‌گویی نهادهای مسئول پیوند دارد. حکمرانی سلامت صرفاً به اداره خدمات درمانی محدود نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از سازوکارهای سیاست‌گذاری، تنظیم‌گری، نظارت، پاسخ‌گویی و مشارکت ذی‌نفعان را در بر می‌گیرد (خسروی و همکاران، ۱۴۰۰). با وجود این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ساختار حکمرانی سلامت در ایران همچنان با تمرکزگرایی بالا، ضعف سازوکارهای پاسخ‌گویی و محدود بودن مشارکت اجتماعی روبه‌رو است؛ وضعیتی که می‌تواند به کاهش اثربخشی سیاست‌ها و تشدید نابرابری‌های سلامت منجر شود (مصادق‌راد و رحیمی‌تبار، ۱۳۹۸؛ محمدی‌ها و همکاران، ۱۴۰۰). از این رو، مسئله اصلی نه صرفاً ضعف اجرایی، بلکه نحوه سازمان‌دهی روابط میان کنشگران مختلف در بستر حکمرانی سلامت است. در این میان، جایگاه نهادهای مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این نهادها می‌توانند با انتقال مطالبات اجتماعی، نظارت بر اجرای سیاست‌ها، مشارکت در برنامه‌ریزی و تقویت شفافیت، نقش مکمل و حتی اصلاح‌گر در برابر ساختارهای رسمی ایفا کنند (بیدار و قاسمی، ۱۳۹۹؛ داماری و همکاران، ۱۳۹۳). با این حال، بررسی‌های داخلی نشان می‌دهد که مشارکت نهادهای مدنی اغلب به تعاملات مقطعی یا مشاوره‌های محدود تقلیل یافته و در بسیاری از موارد، فاقد جایگاه نهادمند در چرخه تصمیم‌سازی و نظارت بوده است (کیانی و زارعی، ۱۴۰۱). این وضعیت حاکی از آن است که مسئله صرفاً حضور یا عدم حضور نهادهای مدنی نیست، بلکه چگونگی پیوند و موقعیت آنان در شبکه روابط نهادی حکمرانی سلامت اهمیت دارد. رویکرد حکمرانی شبکه‌ای، با تأکید بر تعامل افقی میان کنشگران، توزیع نسبی قدرت و شکل‌گیری سازوکارهای همکاری چندسطحی، چارچوبی مناسب برای تحلیل این وضعیت فراهم می‌کند (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ جلالی‌خان‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). با وجود رشد ادبیات حکمرانی شبکه‌ای در سال‌های اخیر، بخش قابل توجهی از مطالعات داخلی یا به تحلیل ساختار رسمی وزارت بهداشت پرداخته‌اند یا مشارکت اجتماعی را به صورت کلی بررسی کرده‌اند و کمتر کوشیده‌اند شبکه مضامین مرتبط با نقش نهادهای مدنی را به طور منسجم استخراج و صورت‌بندی کنند (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۴۰۰؛ سالاریان‌زاده

و لطیفی جلیسه، ۱۳۹۹). در نتیجه، خلأ پژوهشی در سطح تبیین مضمون محور و شبکه‌ای از جایگاه نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت ایران همچنان قابل مشاهده است. نوآوری پژوهش حاضر دقیقاً در پاسخ به همین خلأ تعریف می‌شود. این مطالعه، به‌جای تمرکز صرف بر ساختارهای رسمی یا ارائه توصیفی کلی از مشارکت اجتماعی، از روش تحلیل مضمون شبکه‌ای برای شناسایی و ترسیم روابط میان مضامین بنیادین، سازمان‌دهنده و فراگیر حکمرانی سلامت بهره می‌گیرد. بدین ترتیب، نه تنها مؤلفه‌های مرتبط با نقش نهادهای مدنی شناسایی می‌شود، بلکه الگوی ارتباطی و جایگاه شبکه‌ای آن‌ها در ساختار حکمرانی نیز تبیین می‌گردد. تمرکز نهادی صریح بر نهادهای مدنی و تحلیل ساختار روابط آنان در شبکه حکمرانی سلامت، وجه تمایز این پژوهش نسبت به مطالعات پیشین به شمار می‌رود (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ کیانی و زارعی، ۱۴۰۱). بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش چنین صورت‌بندی می‌شود: شبکه مضامین حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی در ایران از چه مؤلفه‌هایی تشکیل شده و روابط میان این مؤلفه‌ها چگونه قابل تبیین است؟ پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و از طریق تحلیل مضمون شبکه‌ای دیدگاه خبرگان حوزه سلامت و فعالان نهادهای مدنی، در پی آن است که چارچوبی بومی برای فهم و تقویت حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران ارائه دهد.

ادبیات موضوع و پیشینه پژوهش

در این پژوهش، نهادهای مدنی صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از سازمان‌های مردم‌نهاد تعریف نمی‌شوند، بلکه در امتداد سنت نظری جامعه مدنی، به‌عنوان حوزه‌ای متمایز از دولت و بازار در نظر گرفته می‌شوند که کارکرد میانجی‌گری اجتماعی و صورت‌بندی مطالبات عمومی را بر عهده دارد. در این چارچوب، جامعه مدنی عرصه‌ای است که در آن کنش جمعی سازمان‌یافته شکل می‌گیرد و از طریق آن، گروه‌های مختلف اجتماعی می‌توانند در فرایند سیاست‌گذاری اثرگذار باشند (بیدار و قاسمی، ۱۳۹۹). بنابراین، نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت نه بازیگرانی حاشیه‌ای، بلکه بخشی از ساختار نهادی تولید و بازتولید سیاست عمومی تلقی می‌شوند. برای تبیین دقیق‌تر جایگاه این نهادها، پژوهش حاضر از ترکیب سه رویکرد نظری بهره می‌گیرد. نخست، رویکرد جامعه مدنی که نسبت نهادی میان دولت و کنشگران اجتماعی را توضیح می‌دهد و بر استقلال نسبی و کارکرد نظارتی این نهادها تأکید دارد. دوم، نظریه سرمایه اجتماعی که نقش نهادهای مدنی را در تولید اعتماد، هنجارهای همکاری و شبکه‌های ارتباطی میان افراد و سازمان‌ها برجسته می‌کند (داماری و همکاران، ۱۳۹۳). سوم، چارچوب حکمرانی شبکه‌ای که به‌جای تمرکز بر سازمان منفرد، الگوی روابط میان کنشگران و نحوه توزیع قدرت و منابع در شبکه سیاستی را موضوع تحلیل قرار می‌دهد (سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۳). در پرتو این سه رویکرد، نهادهای مدنی به‌مثابه گره‌هایی در شبکه حکمرانی سلامت فهم می‌شوند که کیفیت پیوندهای آنان با سایر بازیگران، بر کارآمدی و پاسخ‌گویی نظام اثرگذار است. از منظر گونه‌شناسی، نهادهای مدنی فعال در حوزه سلامت را می‌توان در

چند دسته متمایز اما مرتبط طبقه‌بندی کرد: سازمان‌های مردم‌نهاد تخصصی در حوزه بیماری‌ها یا گروه‌های آسیب‌پذیر، انجمن‌های حرفه‌ای و علمی، خیریه‌ها و شبکه‌های داوطلبی، و نیز گروه‌های اجتماع‌محور محلی که در ارتقای بهداشت عمومی نقش دارند (کیانی و زارعی، ۱۴۰۱). هر یک از این گونه‌ها از نظر دسترسی به منابع، سطح رسمیت و ظرفیت اثرگذاری در سیاست‌گذاری تفاوت دارند. از این رو، تحلیل نقش آن‌ها مستلزم توجه به موقعیت شبکه‌ای و نوع پیوندهای رسمی و غیررسمی آنان با ساختار دولت است. در چارچوب حکمرانی چندسطحی، نقش نهادهای مدنی می‌تواند از سطح محلی تا ملی گسترش یابد؛ با این حال، میزان اثرگذاری آنان تابعی از درجه نهادمندسازی مشارکت و شفافیت قواعد تعامل است (مصادق‌راد و رحیمی‌تبار، ۲۰۱۹). اگر مشارکت صرفاً در سطح مشورت نمادین باقی بماند، نهادهای مدنی در حاشیه شبکه سیاستی قرار می‌گیرند؛ اما در صورت برخورداری از جایگاه رسمی در فرایند تصمیم‌سازی، می‌توانند در طراحی سیاست، اجرای برنامه‌ها و نظارت بر عملکرد نقش فعال ایفا کنند. بر این اساس، حدود نقش نهادهای مدنی در این پژوهش در سه سطح تحلیلی تعریف می‌شود: سطح اطلاع‌رسانی و آموزش عمومی، سطح مشارکت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، و سطح نظارت و مطالبه‌گری اجتماعی. در نتیجه، چارچوب نظری پژوهش حاضر بر این فرض استوار است که کیفیت حکمرانی سلامت در ایران نه صرفاً به ساختار رسمی وزارت بهداشت، بلکه به آرایش شبکه‌ای روابط میان دولت و نهادهای مدنی وابسته است. نهادهای مدنی در این آرایش، ظرفیت تولید سرمایه اجتماعی و تقویت پاسخ‌گویی عمومی را دارند و جایگاه آنان در شبکه، می‌تواند تعیین‌کننده میزان کارآمدی و عدالت در نظام سلامت باشد (سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیانی و زارعی، ۱۴۰۱). بر همین مبنا، تحلیل مضمون شبکه‌ای در این پژوهش به‌عنوان روشی برای شناسایی و تبیین ساختار معنایی این روابط به کار گرفته می‌شود تا جایگاه، کارکرد و حدود نقش نهادهای مدنی در حکمرانی نظام سلامت ایران به‌صورت نظام‌مند صورت‌بندی گردد. در خصوص ارتباط بین مبانی نظری و مضامین استخراج شده باید اذعان کرد؛ مضامین استخراج‌شده از تحلیل مضمون شبکه‌ای، ارتباط ساختاری و عمیقی با مبانی نظری پژوهش دارند؛ به‌طوری که “چالش‌های حکمرانی” مستقیماً موانع ساختاری تحقق اصول حکمرانی مشارکتی (نظیر شفافیت و پاسخ‌گویی) را نشان می‌دهد، در حالی که “نقش و جایگاه نهادهای مدنی” بر رکن اساسی مشارکت ذی‌نفعان غیردولتی در این چارچوب تأکید می‌کند و “ظرفیت‌ها و فرصت‌ها” با برجسته‌سازی توانمندی‌های شبکه‌ای و همکاری‌های بین‌سازمانی، مکانیسم‌های عملیاتی مبتنی بر نظریه شبکه‌ای را برای تقویت اثربخشی مدل مشارکتی ارائه می‌نماید. این همسویی نه تنها شکاف‌های موجود در ساختار حکمرانی سلامت ایران را شفاف می‌سازند، بلکه راهکارهایی مبتنی بر تقویت نهادهای مدنی و ایجاد شبکه‌های مشارکتی مبتنی بر شفافیت و هماهنگی را در مسیر حکمرانی مشارکتی ارائه می‌دهند.

مرور پیشینه پژوهش در حوزه حکمرانی نظام سلامت نشان می‌دهد که مطالعات انجام‌شده را می‌توان در چهار دسته تحلیلی متمایز طبقه‌بندی کرد که هر یک سهم مشخصی در شکل‌گیری دانش موجود داشته و

همزمان خلأهای پژوهشی را نیز برجسته می‌سازند. نخست، «مطالعات مفهومی و نظری حکمرانی سلامت» قرار دارند که عمدتاً به تبیین چارچوب‌های نظری، شاخص‌ها و ابعاد کلیدی حکمرانی پرداخته‌اند. در این حوزه، خسروی و همکاران (۱۴۰۰) با مرور مفهومی حکمرانی سلامت، ابعاد مهمی مانند پاسخ‌گویی، شفافیت، کارایی و مشارکت را شناسایی کرده و زمینه نظری برای تحلیل‌های بعدی فراهم ساخته‌اند. همچنین محمدی‌ها و همکاران (۱۴۰۰) با طراحی مدل کلان ارتقای نظام سلامت، راهبردهای بهبود کارایی و عدالت را در ساختار حکمرانی مورد توجه قرار دادند. در سطح بین‌المللی نیز هوانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۲) با مرور شاخص‌ها و ابزارهای ارزیابی حکمرانی سلامت، استانداردهای سنجش کیفیت حکمرانی را در کشورهای مختلف معرفی کرده‌اند و بوخر و همکاران (۲۰۲۲) با بررسی ناکارآمدی ساختارهای جهانی، کاستی‌های نهادی در مدیریت بحران‌ها را نشان داده‌اند. با این وجود، این دسته مطالعات کمتر به نقش شبکه‌ای کنشگران و جایگاه نهادهای مدنی پرداخته‌اند. دسته دوم، «مطالعات تجربی داخلی با رویکرد شبکه‌ای» هستند که بر بومی‌سازی الگوهای حکمرانی در ایران تمرکز داشته‌اند. سلیمانی و همکاران (۱۴۰۲) با توسعه مدل بومی حکمرانی شبکه‌ای سلامت، به اهمیت مشارکت نهادهای مدنی تأکید کرده‌اند، هرچند تمرکز آنان بیشتر بر طراحی مدل کلان بوده و تحلیل شبکه‌ای مضامین نهادی کمتر دیده می‌شود. کیانی و زارعی (۱۴۰۱) نیز با تحلیل مقایسه‌ای، نقش سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت‌های محلی را در تحقق حکمرانی خوب بررسی کرده و بر افزایش پاسخ‌گویی از طریق مشارکت مدنی تأکید داشته‌اند. عبدالله‌تبار و همکاران (۱۴۰۰) نیز تغییرات زمینه نهادی نظام سلامت ایران را تحلیل کرده‌اند. با وجود اهمیت این مطالعات، تمرکز آن‌ها غالباً بر ساختار کلان و ابعاد نهادی است و تحلیل شبکه‌ای جایگاه نهادهای مدنی به صورت مستقل و نظام‌مند کمتر مورد توجه قرار گرفته است. دسته سوم، «مطالعات بین‌المللی با رویکرد شبکه‌ای و چندسطحی» هستند که حکمرانی سلامت را در چارچوب شبکه‌های فراملی و چندکنشگری بررسی کرده‌اند. پژوهش وان دن اورد و همکاران (۲۰۲۰) با طرح مفهوم «شبکه شبکه‌ها» نشان داد که مدیریت بحران کووید-۱۹ مستلزم هماهنگی میان شبکه‌های رسمی و غیررسمی است. همچنین کاپوچو و هو (۲۰۲۰) به ضرورت گذار از ساختار سلسله‌مراتبی به حکمرانی شبکه‌ای در آموزش و اداره امور عمومی اشاره کردند و مک‌دونالد و همکاران (۲۰۲۰) اثر جهانی‌شدن بر حکمرانی شبکه‌ای در آموزش سلامت را بررسی نمودند. این مطالعات اهمیت منطق شبکه‌ای را برجسته می‌کنند، اما به نقش نهادهای مدنی در سطح ملی و تحلیل شبکه‌ای مضامین در بستر کشورها کمتر پرداخته‌اند. دسته چهارم، «مطالعات مرتبط با نهادهای مدنی و توسعه نهادی» است که به نقش مؤسسات و بازیگران غیردولتی توجه دارد. بروگنارا و همکاران (۲۰۲۳) توسعه نهادی مؤسسات ملی بهداشت عمومی را بررسی کرده و ظرفیت‌های نهادی بخش عمومی را تحلیل نموده‌اند. همچنین میره و همکاران (۲۰۲۲) نقش مؤسسات ملی در انسجام سیاست‌های سلامت جهانی را بررسی کرده‌اند و سایکات و همکاران (۲۰۲۱) ضرورت

^۱ Huang

تقویت شبکه‌های نهادی و همکاری بین‌المللی را مورد تأکید قرار داده‌اند. در کنار این‌ها، عبدالرحیم و همکاران (۲۰۲۱) حکمرانی لازم برای ادغام خدمات سلامت روان در مراقبت اولیه در کشورهای آفریقایی جنوب صحرای بزرگ و جنوب آسیا را تحلیل کرده‌اند. با وجود ارزش این مطالعات، تحلیل دقیق شبکه‌ای نهادهای مدنی و جایگاه آن‌ها در ساختار حکمرانی به شکل مستقل و نظام‌مند همچنان محدود است. در مجموع، این طبقه‌بندی تحلیلی نشان می‌دهد که هرچند ادبیات موجود غنی است، اما سه خلأ کلیدی وجود دارد: ۱) کم‌توجهی به جایگاه شبکه‌ای و نقش نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت ایران، ۲) فقدان مدل مفهومی مشارکتی بومی‌شده، و ۳) محدودیت در بهره‌گیری از روش‌های تحلیلی عمیق مانند تحلیل مضمون شبکه‌ای برای شناسایی ساختار معنایی حکمرانی. پژوهش حاضر با تمرکز بر شبکه مضامین حکمرانی سلامت و برجسته‌سازی نقش نهادهای مدنی تلاش می‌کند این خلأها را پوشش داده و زمینه‌ای تحلیلی برای پاسخ به سؤال پژوهش فراهم آورد.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع کیفی و در قالب رویکرد اکتشافی-توصیفی طراحی شده است تا با تحلیل عمیق داده‌های متنی، به شناسایی و تبیین ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی نظام سلامت با تمرکز ویژه بر نقش نهادهای مدنی بپردازد. رویکرد تحلیلی اصلی پژوهش، تحلیل مضمون شبکه‌ای است که با هدف استخراج و سازمان‌دهی مضامین متنی در قالب شبکه‌ای از مفاهیم به کار گرفته شده است. این روش، امکان فهم عمیق ساختارهای مفهومی و ارتباط بین موضوعات مختلف را فراهم می‌آورد و در پژوهش‌های کیفی از اهمیت و کاربرد بالایی برخوردار است. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با خبرگان حوزه سیاست‌گذاری سلامت، مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در عرصه سلامت و اعضای هیأت علمی متخصص در زمینه حکمرانی و سیاست‌گذاری عمومی است. استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، به پژوهشگران اجازه می‌دهد علاوه بر دنبال کردن سؤالات کلیدی از پیش تعیین‌شده، بتوانند در مسیر گفتگو، به موضوعات و نکات جدید و مرتبط نیز بپردازند و درک جامع‌تری از دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان حاصل کنند. نمونه‌ای از سؤالات اصلی مصاحبه شامل پرسش درباره چالش‌های پیش روی حکمرانی نظام سلامت، نقش و جایگاه نهادهای مدنی در سیاست‌گذاری و نظارت سلامت، عوامل موثر بر موفقیت سیاست‌های تنظیم‌گرایانه، و تجربه‌های قابل استفاده بین‌المللی در زمینه حکمرانی سلامت است. جامعه نمونه پژوهش شامل ۱۵ نفر از خبرگان برجسته در حوزه سلامت و حکمرانی است که به‌صورت هدفمند و با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی انتخاب شده‌اند. معیار اصلی تعیین حجم نمونه، رسیدن به اشباع نظری بوده است؛ به این معنا که تا زمانی مصاحبه‌ها ادامه یافت که دیگر داده‌های جدید موجب استخراج کدها یا مضامین تازه نشود. شرکت‌کنندگان شامل سه سیاست‌گذار ارشد در وزارت بهداشت، چهار استاد هیأت علمی با تخصص سیاست‌گذاری سلامت، پنج مدیر سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت و سه مدیر میانی در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها بودند. انتخاب این افراد بر اساس سابقه تخصصی، تجربه

مدیریتی، و توان علمی در حوزه حکمرانی سلامت و سیاست‌گذاری انجام شده است تا دیدگاه‌های جامع، معتبر و قابل اتکایی گردآوری شود. داده‌های مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی و آماده‌سازی، با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA مورد تحلیل دقیق قرار گرفتند. با توجه به پرسش اصلی تحقیق؛ پرسش اصلی به چهار زیرپرسش دقیق‌تر تفکیک شده است: (۱) مضامین اصلی حکمرانی سلامت در ایران کدامند؟ (۲) چه چالش‌هایی در مسیر تحقق حکمرانی مشارکتی سلامت در ایران وجود دارد؟ (۳) نقش و جایگاه نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت ایران چگونه ارزیابی می‌شود؟ (۴) چه ظرفیت‌ها و فرصت‌هایی برای تقویت مشارکت نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت وجود دارد؟ این پرسش‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که مبتنی بر مبانی نظری حکمرانی مشارکتی و نظریه شبکه‌ای باشند تا امکان شناسایی ساختار معنایی پیچیده حکمرانی سلامت را فراهم کنند. فرآیند تحلیل شامل چهار مرحله اصلی بود. ابتدا در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم اولیه و کدهای خام از متون استخراج شدند. سپس در مرحله کدگذاری محوری، کدهای مشابه و مرتبط با یکدیگر در قالب مضامین میانی دسته‌بندی شدند. در مرحله سوم، با تلفیق مضامین میانی، مضامین سازمان‌دهنده مشخص شدند که چارچوب کلی‌تر و ساختاریافته‌تری از مفاهیم ارائه می‌دهد. در نهایت، در مرحله شناسایی مضامین فراگیر، شبکه‌ای جامع از مضامین ایجاد گردید که نمایانگر ساختار معنایی کلی و رابطه بین ابعاد مختلف حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نقش نهادهای مدنی است. این روند تحلیلی به استخراج چارچوبی منسجم و دقیق انجامید که می‌تواند در تدوین مدل حکمرانی نظام سلامت کاربردی و بومی مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش بر اساس تحلیل داده‌های کیفی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان حوزه حکمرانی نظام سلامت و نهادهای مدنی استخراج شده است. این یافته‌ها در قالب شبکه‌ای از مضامین در سه سطح مختلف ارائه می‌گردد: کدهای پایه، مضامین سازمان‌دهنده، و مضامین فراگیر. لازم به ذکر است که فرآیند کدگذاری در این پژوهش به صورت یک چرخه تکرارشونده و مشارکتی انجام شد. ابتدا، داده‌های جمع‌آوری شده (مصاحبه‌ها) به دقت خوانده شده و کدگذاری اولیه (دیده‌شده) بر اساس محتوای متن انجام شد. در این مرحله، کدها به صورت مستقیم و با استناد به عبارات و جملات کلیدی، به موضوعات و مفاهیم مطرح شده اختصاص داده شدند. سپس، کدها به صورت گروهی و با استفاده از نرم‌افزار تحلیل مضمون (MAX QDA) مورد بررسی قرار گرفتند تا کدها با یکدیگر مقایسه شده و ارتباطات بین آن‌ها شناسایی شود. در این مرحله، کدها به تدریج تجمیع شده و کدگذاری محتوایی (درک شده) انجام شد. در این مرحله، کدها بر اساس شباهت معنایی و درجات مرتبط بودن، در دسته‌های کلی‌تر سازماندهی شدند. در نهایت، برای دستیابی به مضامین سازمان‌دهنده و فراگیر، فرآیند کدگذاری معنایی انجام شد. در این مرحله، کدها به منظور شناسایی الگوهای عمیق‌تر و ارتباطات بین دسته‌های کلی‌تر،

تحلیل و تجمیع شدند. به عنوان مثال، کدها مرتبط با چالش‌های حکمرانی سلامت (مانند ضعف شفافیت، عدم پاسخ‌گویی) با کدها مرتبط با نقش نهادهای مدنی (مانند مشارکت محدود، کمبود منابع) تجمیع شده و تم میانی "موانع مشارکت نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت" را شکل دادند. برای درک بهتر این فرآیند، می‌توان به نمونه‌ای از تجمیع کدها اشاره کرد:

• **کدهای اولیه:** ضعف شفافیت، عدم پاسخ‌گویی، مقاومت سازمانی، مشارکت محدود نهادهای مدنی، کمبود منابع مالی.

• **کدهای ثانویه (تجمیع شده):** موانع اجرایی حکمرانی سلامت، چالش‌های سازمانی نهادهای مدنی.

• **تم میانی:** "موانع اجرایی و سازمانی در مسیر حکمرانی مشارکتی سلامت".

این تم میانی، ارتباط عمیقی بین ضعف شفافیت و عدم پاسخ‌گویی در سطح اجرایی حکمرانی سلامت و چالش‌های سازمانی نهادهای مدنی (مانند کمبود منابع) را نشان می‌دهد. در پایان، برای افزایش روایی یافته‌ها، از روش بازخورد همتایان استفاده شد و یافته‌ها با سایر پژوهشگران حوزه حکمرانی سلامت به اشتراک گذاشته شد.^۱ در ادامه ۳ مرحله کدگذاری با تعمق بیشتری نشان داده شده است.

کدهای پایه^۲: کدهای پایه شامل مفاهیم و عباراتی هستند که مستقیماً از متن مصاحبه‌ها استخراج شده‌اند و بازتاب‌دهنده دیدگاه‌های متنوع خبرگان درباره چالش‌ها، فرصت‌ها و مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی می‌باشند. نمونه‌ای از کدهای استخراج شده در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۱. جدول کدهای پایه استخراج شده از مصاحبه‌های ۱۵ خبرگان

کد شماره	کد پایه	شرح مختصر	تعداد خبرگان (اشاره‌کننده از ۱۵)	نمونه نقل‌قول مصاحبه‌شونده
۱	شفافیت تصمیم‌گیری	نبود شفافیت در فرایندهای تصمیم‌گیری	۱۴	«شفافیت پایین در تصمیم‌گیری‌ها اعتماد را کاهش داده است.» (خبره ۶)
۲	مشارکت نهادهای مدنی	کم‌رنگ بودن نقش و حضور سمن‌ها در سیاست‌گذاری- سلامت	۱۳	«سازمان‌های مردم نهاد در فرآیند سیاست‌گذاری کم‌فعالیت دارند.» (خبره ۹)
۳	پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران	نبود پاسخ‌گویی به مطالبات ذی‌نفعان	۱۵	«مسئولین به دغدغه‌های نهادهای مدنی پاسخگو نیستند.» (خبره ۴)
۴	هماهنگی نهادی	ضعف تعامل بین نهادهای دولتی و مدنی	۱۲	«نبود هماهنگی میان دستگاه‌ها، عملکرد نظام سلامت را مختل کرده است.» (خبره ۷)
۵	منابع مالی	محدودیت‌های بودجه‌ای نهادهای مدنی	۱۰	«سمن‌ها به دلیل منابع مالی اندک نمی‌توانند مؤثر باشند.» (خبره ۱۱)

^۱ Peer Debriefing

^۲ Basic Codes

۶	ظرفیت شبکه‌ای	توانمندی و قابلیت‌های شبکه‌ای نهادهای مدنی	۱۱	«نهادهای مدنی اگر تقویت شوند، ظرفیت خوبی دارند.» (خبره ۳)
۷	آموزش و توانمندسازی	نیاز به ارتقای مهارت‌ها و دانش برای نهادهای مدنی	۹	«آموزش کلید موفقیت نهادهای مدنی است.» (خبره ۱۰)
۸	مقاومت نهادی	مقاومت دستگاه‌های دولتی در برابر مشارکت نهادهای مدنی	۸	«دولت تمایل چندانی به واگذاری قدرت به نهادهای مدنی ندارد.» (خبره ۵)
۹	زیرساخت‌های ارتباطی	کمبود سامانه‌ها و ابزارهای ارتباطی بین نهادها	۷	«نبود ارتباطات قوی بین سمن‌ها و دولت کار را سخت کرده است.» (خبره ۸)
۱۰	قانون‌گذاری	قوانین ناکافی و غیرشفاف درباره نهادهای مدنی	۱۰	«قوانین حمایت از نهادهای مدنی کافی نیست.» (خبره ۱۲)
۱۱	پایش و ارزیابی	عدم وجود سیستم‌های دقیق پایش عملکرد نهادها	۶	«ارزیابی عملکرد سمن‌ها به صورت علمی انجام نمی‌شود.» (خبره ۱۳)
۱۲	مشارکت مردمی	مشارکت ناکافی عموم مردم در برنامه‌ها و تصمیم‌ها	۹	«مردم کمتر در فرایندهای سلامت مشارکت دارند.» (خبره ۲)
۱۳	منابع انسانی	کمبود نیروی متخصص در نهادهای مدنی	۸	«نبود نیروی آموزش‌دیده برای اداره سمن‌ها مشکل بزرگی است.» (خبره ۱۴)
۱۴	فرهنگ و جامعه	نگرش‌های منفی و فرهنگ عمومی محدودکننده فعالیت نهادها	۷	«فرهنگ جامعه گاهی مانع فعالیت‌های نهادهای مدنی می‌شود.» (خبره ۱)
۱۵	اعتماد متقابل	عدم اعتماد بین نهادهای مدنی و دولت	۱۳	«اعتماد بین سمن‌ها و دولت بسیار کم است.» (خبره ۱۰)
۱۶	هماهنگی میان نهادهای مدنی	عدم انسجام و هماهنگی کافی بین سازمان‌های مردم‌نهاد	۱۰	«سمن‌ها بیشتر جزیره‌ای عمل می‌کنند.» (خبره ۷)
۱۷	محدودیت‌های قانونی	قوانین محدودکننده در زمینه فعالیت‌های مدنی	۸	«برخی مقررات دست و پای نهادها را بسته است.» (خبره ۹)
۱۸	استفاده از فناوری اطلاعات	استفاده ناکافی از فناوری در فرایندهای همکاری و اطلاع‌رسانی	۷	«سمن‌ها فناوری‌های نوین را به خوبی به کار نمی‌گیرند.» (خبره ۱۵)
۲۰	رویکرد مشارکتی	تصمیم‌گیری‌های یک‌جانبه و عدم مشارکت موثر نهادها	۱۴	«مشارکت نهادها اغلب صوری است و تصمیم‌گیری‌ها از بالا به پایین است.» (خبره ۶)
۲۱	رهبری مدنی	ضرورت رهبری قوی در میان نهادهای مدنی	۹	«نهادها به رهبری قوی و هماهنگ نیاز دارند.» (خبره ۵)
۲۲	آموزش مستمر	فقدان برنامه‌های آموزشی مداوم برای توسعه ظرفیت‌ها	۸	«آموزش‌های کوتاه‌مدت نمی‌تواند نیازهای نهادها را برطرف کند.» (خبره ۲)
۲۳	فشارهای سیاسی	دخالت و فشارهای سیاسی بر نهادهای مدنی	۷	«نهادها تحت فشارهای سیاسی نمی‌توانند مستقل عمل کنند.» (خبره ۱۳)

۲۴	شبکه‌های همکاری	اهمیت ایجاد و تقویت شبکه‌های همکاری بین نهادهای	۱۰	«شبکه‌های همکاری می‌توانند قدرت نفوذ نهادهای را افزایش دهند.» (خبره ۱۱)
۲۵	محدودیت‌های زمانی و منابع	مشکلات ناشی از کمبود زمان و منابع انسانی	۸	«زمان و منابع کم مانع اجرای پروژه‌های مهم می‌شود.» (خبره ۸)

در این پژوهش، استخراج کدهای پایه از مصاحبه‌های خبرگان صرفاً محدود به فهرست‌بندی مفاهیم و شمارش ارجاعات نبود، بلکه مبنای یک تحلیل شبکه‌ای نظام‌مند قرار گرفت. فراوانی ارجاعات خبرگان به هر کد به عنوان شاخص اهمیت نسبی و وزن‌دهی اولیه در نظر گرفته شد و سپس با استفاده از روش تحلیل مضمون شبکه‌ای، کدها بر اساس روابط معنایی و هم‌بستگی مفهومی دسته‌بندی گردیدند تا مضامین سازمان‌دهنده و در نهایت مضامین فراگیر شکل گیرند. به عنوان نمونه، کدهای «شفافیت تصمیم‌گیری»، «پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران» و «مشارکت نهادهای مدنی» به دلیل تکرار بالای ارجاعات و پیوند معنایی با سایر کدها، محورهای اصلی تحلیل محسوب شدند و به عنوان مضامین سازمان‌دهنده «شفافیت و پاسخ‌گویی» و «تقویت نقش نهادهای مدنی» تعریف شدند. سایر کدها مانند «منابع مالی»، «زیرساخت‌های ارتباطی» و «آموزش و توانمندسازی» در زیرمجموعه‌های مفهومی این مضامین سازمان‌دهنده قرار گرفتند و نقش آن‌ها در تقویت یا محدود کردن عملکرد نهادهای مدنی تحلیل شد. این رویکرد تحلیلی چند مزیت دارد؛ نخست، ارتباط مستقیم با سؤال پژوهش برقرار می‌کند و مشخص می‌سازد که هر کد پایه چگونه به ارتقای مشارکت، پاسخ‌گویی و انسجام نظام حکمرانی کمک می‌کند. دوم، فراوانی ارجاعات خبرگان به هر کد به عنوان شاخص اولویت و وزن نسبی برای شکل‌دهی مضامین سازمان‌دهنده به کار رفته است. سوم، تحلیل شبکه‌ای امکان شناسایی پیوندهای مفهومی میان کدها را فراهم می‌سازد؛ برای مثال کد «مقاومت نهادی» با «قانون‌گذاری» و «فشارهای سیاسی» پیوند دارد و نشان می‌دهد محدودیت‌های نهادی و سیاسی به صورت زنجیره‌ای بر نقش نهادهای مدنی تأثیرگذارند. چهارم، این روش اجازه می‌دهد ساختار معنایی کدها در سه سطح پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر تفکیک شود و بنابراین یافته‌ها فراتر از توصیف صرف بوده و تحلیل عمیق از روابط و اولویت‌ها را ارائه می‌دهد. به این ترتیب، یافته‌های پژوهش چارچوبی تحلیلی و منسجم برای فهم نقش نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت فراهم کرده و زمینه لازم برای پاسخ به سؤال پژوهش و طراحی مدل شبکه مضامین را ایجاد کرده‌اند.

مضامین سازمان‌دهنده: کدهای مشابه و مرتبط در قالب مضامین سازمان‌دهنده دسته‌بندی شدند تا ساختار مفهومی منسجم‌تری فراهم آید. این مضامین چارچوب میان‌سطحی را تشکیل داده که ارتباطات درونی کدها را تبیین می‌کند. جدول زیر نمونه‌ای از مضامین سازمان‌دهنده را همراه با کدهای زیرمجموعه نشان می‌دهد:

¹ Organizing Themes

جدول ۲. جدول مضامین سازمان دهنده

شماره	مضمون سازمان دهنده	کدهای پایه مرتبط	تعداد خبرگان اشاره کننده (از ۱۵)	شرح مفصل
۱	چالش های حکمرانی	۹، ۴، ۳، ۱، ۲۳، ۱۱، ۱۰، ۲۵، ۱۷	۱۵	مجموعه ای از مشکلات ساختاری و نهادی شامل ضعف شفافیت، عدم پاسخ گویی، فقدان هماهنگی نهادی، مقاومت سازمانی، ضعف زیرساخت های ارتباطی، قوانین ناکافی و محدودکننده، نبود پایش و ارزیابی مؤثر، مشکلات فرهنگی و اجتماعی، فقدان اعتماد متقابل، فشارهای سیاسی و چالش های تامین مالی که همگی به عنوان موانع جدی در مسیر تحقق حکمرانی مشارکتی نظام سلامت شناخته می شوند. این چالش ها باعث تضعیف فرآیند تصمیم گیری، کاهش اثربخشی و ناکارآمدی نظام حکمرانی شده اند.
۲	نقش و جایگاه نهادهای مدنی	۱۶، ۲، ۱۲، ۱۵، ۲۱، ۲۰	۱۳	نهادهای مدنی با وجود نقش کلیدی در ارتقای سلامت، با چالش هایی نظیر مشارکت محدود در سیاست گذاری، کمبود منابع مالی و انسانی، محدودیت های قانونی و فعالیتی، ناکافی بودن هماهنگی و انسجام در میان خود، و فشارهای سیاسی مواجه هستند. همچنین، ضرورت تقویت حضور، تاثیرگذاری و رهبری قوی در بین این نهادها به منظور تحقق مشارکت واقعی و مؤثر در حکمرانی سلامت برجسته شده است. نهادهای مدنی باید به عنوان بازیگران فعال و مؤثر در سیاست گذاری، نظارت و آموزش مورد توجه قرار گیرند.
۳	ظرفیت ها و فرصت ها	۶، ۱۳، ۱۹، ۵، ۱۸، ۲۲، ۱۴، ۷، ۲۴	۱۲	ظرفیت ها و فرصت های بالقوه نهادهای مدنی شامل توانمندی های شبکه ای، آموزش و توانمندسازی مستمر، استفاده از فناوری اطلاعات در فرآیندهای ارتباطی و همکاری، اهمیت شبکه های مشارکتی و همکاری بین سازمانی، و فرصت های توسعه ظرفیت های رهبری مدنی می باشد. این ظرفیت ها پتانسیل ایجاد تغییرات مثبت و ارتقای مشارکت نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت را فراهم می آورد که با بهره گیری از آموزش، فناوری و تقویت همکاری های شبکه ای می توان به موفقیت بیشتر در این حوزه دست یافت.

تحلیل یافته های پژوهش بر اساس روش مضمون نگاری شبکه ای نشان می دهد که کدهای پایه، مضامین سازمان دهنده و مضمون فراگیر هر یک نقش مشخص و متفاوتی در ساختار تحلیلی یافته ها دارند. در سطح کدهای پایه، مفاهیم جزئی و مشاهدات مستقیم خبرگان استخراج شده اند که نشان دهنده مسائل عینی، توانمندی ها، محدودیت ها و تجربیات ملموس نهادهای مدنی و ساختار حکمرانی سلامت هستند، مانند

«شفافیت تصمیم‌گیری»، «پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران»، «مشارکت نهادهای مدنی»، «منابع مالی»، «آموزش و توانمندسازی» و «شبکه‌های همکاری». این کدها نشان‌دهنده قطعات سازنده واقعیت‌های موجود هستند و فراوانی ارجاعات خبرگان به هر کد، اهمیت نسبی آن‌ها را مشخص می‌کند. در سطح مضامین سازمان‌دهنده، کدهای پایه بر اساس هم‌بستگی مفهومی، هم‌پوشانی عملکردی و تأثیر متقابل آن‌ها گروه‌بندی شده‌اند تا ساختارهای معنایی کلان‌تری شکل گیرد. برای مثال، کدهای «شفافیت تصمیم‌گیری»، «پاسخ‌گویی»، «هماهنگی نهادی» و «قوانین ناکافی» تحت مضمون سازمان‌دهنده «چالش‌های حکمرانی» ادغام شده‌اند، زیرا همگی نشان‌دهنده محدودیت‌های نهادی و ساختاری هستند که فرآیند تصمیم‌گیری و کارآمدی نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به همین ترتیب، کدهای مرتبط با نقش نهادهای مدنی و مشارکت مردمی، مانند «مشارکت ناکافی»، «اعتماد متقابل»، «هماهنگی میان نهادهای مدنی» و «رهبری مدنی»، در مضمون سازمان‌دهنده «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» تجمیع شده‌اند تا نشان دهند این مجموعه عوامل چگونه عملکرد و اثرگذاری نهادهای مدنی را شکل می‌دهند. همچنین، کدهایی مانند «توانمندی شبکه‌ای»، «استفاده از فناوری اطلاعات» و «آموزش مستمر» در قالب مضمون سازمان‌دهنده «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها» قرار گرفته‌اند، زیرا این کدها هم‌افزایی و قابلیت ایجاد تغییرات مثبت در سطح نهادهای مدنی را بازتاب می‌دهند. مضمون فراگیر «حکمرانی مشارکتی نظام سلامت» حاصل فرایند انتزاعی و تحلیلی است که در آن مضامین سازمان‌دهنده از نظر مفهومی و عملکردی به یک چارچوب جامع و منسجم پیوند داده شده‌اند. این مضمون فراگیر نه تنها تجمیع ساده مضامین سازمان‌دهنده نیست، بلکه نشان‌دهنده سطح بالاتری از تحلیل است که روابط میان چالش‌ها، نقش نهادهای مدنی و ظرفیت‌های موجود را در یک ساختار نظام‌مند حکمرانی مشارکتی منعکس می‌کند. به بیان دیگر، مضمون فراگیر توانسته است چارچوبی نظری برای فهم تعامل میان نهادهای دولتی و مدنی و تعیین اولویت‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایجاد کند و مسیر تبیین علمی سؤال پژوهش را فراهم سازد، بدون آن‌که صرفاً به بازگویی فهرست کدها یا مضامین سازمان‌دهنده محدود شود.

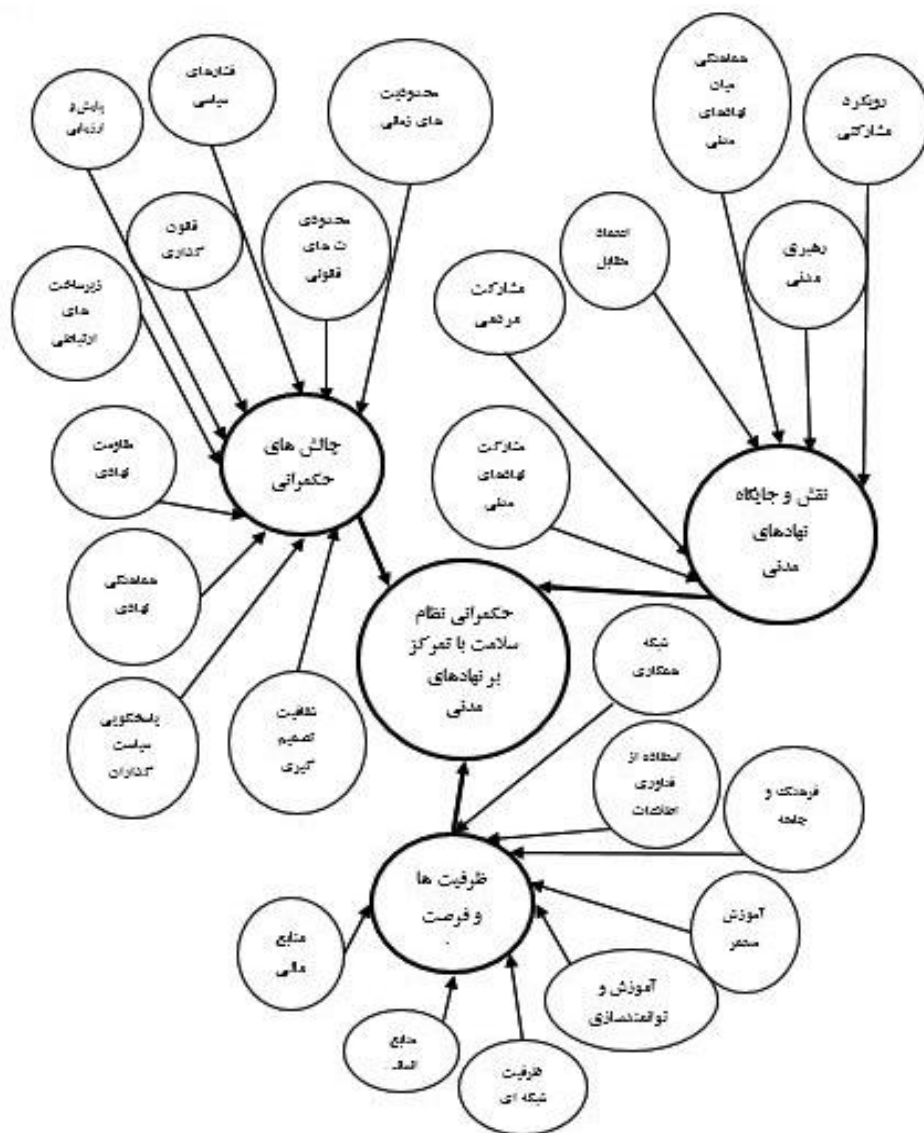
مضامین فراگیر! مضامین سازمان‌دهنده در نهایت در قالب چند مضمون فراگیر تلفیق شده و الگوی مفهومی کلان حکمرانی مشارکتی نظام سلامت را شکل می‌دهند. این مضامین فراگیر در برگیرنده ابعاد اصلی و کلیدی حکمرانی سلامت با تأکید بر نهادهای مدنی هستند و ساختار شبکه‌ای روابط و تعاملات را به صورت جامع بیان می‌کنند.

¹ Global Themes

جدول ۳. جدول مضامین فراگیر

مضمون فراگیر	مضامین سازمان دهنده مرتبط	شرح کلی
حکمرانی مشارکتی نظام سلامت	۱- چالش‌های حکمرانی ۲- نقش و جایگاه نهادهای مدنی ۳- ظرفیت‌ها و فرصت‌ها	این مضمون فراگیر الگویی جامع از حکمرانی مشارکتی در نظام سلامت را ترسیم می‌کند که بر مبنای تعامل سه بعد اصلی شکل گرفته است. بعد نخست، چالش‌های حکمرانی است که مجموعه‌ای از موانع ساختاری و نهادی همچون ضعف شفافیت در تصمیم‌گیری، عدم پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران، فقدان هماهنگی میان نهادها، محدودیت‌های قانونی، فشارهای سیاسی و کمبود منابع را شامل می‌شود و نقش بازدارنده در تحقق حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی دارد. بعد دوم، نقش و جایگاه نهادهای مدنی را نمایان می‌سازد که با وجود حضور کم‌رنگ و چالش‌هایی نظیر نبود اعتماد متقابل، انسجام ناکافی و ضعف در رهبری مدنی، همچنان دارای جایگاهی حیاتی در فرایندهای سیاست‌گذاری سلامت هستند و بازتعریف نقش آن‌ها ضروری است. بعد سوم، ظرفیت‌ها و فرصت‌ها است که بر قابلیت‌های شبکه‌ای نهادهای مدنی، اهمیت آموزش و توانمندسازی مستمر، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، توسعه شبکه‌های همکاری و امکان تأمین مالی تأکید دارد و بسترهای لازم برای مشارکت مؤثرتر نهادهای مدنی را فراهم می‌سازد. در مجموع، این الگو ضرورت حرکت به سمت حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی را برجسته می‌کند؛ الگویی که بر هم‌افزایی دولت، نهادهای مدنی و سایر ذی‌نفعان، تقویت اعتماد و هماهنگی میان بازیگران و بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود برای ارتقای شفافیت، پاسخ‌گویی و عدالت در نظام سلامت تأکید دارد.

جدول ۳ مضمون فراگیر «حکمرانی مشارکتی نظام سلامت» را به همراه مضامین سازمان دهنده و شرح کلی آن نشان می‌دهد. این مضمون فراگیر به‌مثابه چارچوبی کلان و جامع، الگویی از حکمرانی مشارکتی در نظام سلامت را ترسیم می‌کند که بر پایه تعامل سه بعد اساسی شکل گرفته است. بعد نخست به «چالش‌های حکمرانی» اشاره دارد که شامل مجموعه‌ای از موانع ساختاری و نهادی است. این چالش‌ها مواردی همچون ضعف شفافیت در فرایندهای تصمیم‌گیری، عدم پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران به مطالبات ذی‌نفعان، نبود هماهنگی نهادی، مقاومت سازمانی در برابر واگذاری قدرت، ضعف زیرساخت‌های ارتباطی، نارسایی‌های قانونی و پایشی، فشارهای سیاسی و نیز محدودیت‌های زمانی و منابع را در بر می‌گیرد.



شکل ۱. شبکه مضامین حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی

این مجموعه از عوامل، نقش بازدارنده‌ای در تحقق حکمرانی مشارکتی ایفا می‌کنند. بعد دوم مربوط به «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» است. این بعد بر حضور و مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و گروه‌های داوطلب در عرصه سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی سلامت تأکید دارد. نهادهای مدنی با وجود ضعف‌هایی مانند کم‌رنگ بودن مشارکت، نبود اعتماد متقابل با دولت، فقدان انسجام کافی، ضعف در رهبری مدنی و نیز صوری بودن برخی فرآیندهای مشارکتی، همچنان جایگاهی حیاتی دارند. بازتعریف جایگاه این نهادها و تقویت نقش واقعی آن‌ها در حکمرانی سلامت، ضرورتی انکارناپذیر است. بعد سوم به «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها» می‌پردازد. این بعد شامل ظرفیت‌های مالی، دسترسی به منابع انسانی متخصص، قابلیت‌های شبکه‌ای نهادهای مدنی، آموزش‌های هدفمند و مستمر، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، ارتقای فرهنگ عمومی برای پذیرش مشارکت مدنی و توسعه شبکه‌های همکاری است. چنین ظرفیت‌هایی بستر مناسبی برای تقویت حضور نهادهای مدنی و افزایش تأثیرگذاری آن‌ها در حکمرانی سلامت فراهم می‌سازد. در مجموع، الگوی ارائه‌شده ضرورت بازتعریف حکمرانی سلامت را در جهت حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی برجسته می‌سازد. این الگو بر هم‌افزایی میان دولت، نهادهای مدنی و سایر ذی‌نفعان تأکید دارد و نشان می‌دهد که تحقق حکمرانی اثربخش مستلزم رفع موانع ساختاری، ارتقای هماهنگی نهادی، تقویت اعتماد متقابل و بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود است. پژوهش حاضر با توجه به ماهیت کیفی و تحلیلی آن، از معیارهای اعتمادپذیری و قابلیت تأیید برای تقویت روایی و اعتبار یافته‌ها استفاده کرده است. برای افزایش اعتمادپذیری، از روش‌هایی مانند بازخورد همتایان، گواهی‌گیری از مشارکت‌کنندگان و تکرار مصاحبه‌ها استفاده شده است. همچنین، تحلیل داده‌ها با حضور دو تحلیلگر مستقل و با استفاده از نرم‌افزار تحلیل مضمون انجام شده و توافق بین تحلیلگران به عنوان معیاری برای اطمینان از قابلیت تأیید مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌های این پژوهش در چارچوب تحلیل مضمون شبکه‌ای، پیوند روشنی با مبانی نظری و ادبیات حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی برقرار می‌کنند. استخراج کدهای پایه و سپس شکل‌دهی مضامین سازمان‌دهنده و فراگیر، بر اساس اصول کلیدی حکمرانی شبکه‌ای مانند تعامل بین‌سازمانی، مشارکت کثیرالمنافع، پاسخ‌گویی چندسطحی و تقویت ظرفیت نهادهای مدنی انجام شده است (کاپوچو و هو، ۱۴۰۰؛ سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲). به این ترتیب، مضامین استخراج‌شده مفاهیم کلیدی حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی را نه تنها بازتاب می‌دهند، بلکه آن‌ها را در بستر خاص نظام سلامت ایران بسط و بازتعریف می‌کنند. برای مثال، مضمون سازمان‌دهنده «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» نشان می‌دهد که مشارکت، اعتماد، انسجام و رهبری مدنی چگونه در زمینه محدودیت‌ها و ظرفیت‌های محلی شکل می‌گیرند و عملکرد حکمرانی مشارکتی را تعیین می‌کنند. همچنین، مضمون «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها» بیانگر این است که توانمندی شبکه‌ای، آموزش مستمر و استفاده از فناوری اطلاعات می‌توانند سازوکارهای نوآورانه‌ای برای تقویت حکمرانی مشارکتی ارائه دهند. به این ترتیب، این شبکه مضامین

بینش جدیدی درباره نحوه تعامل نهادهای دولتی و مدنی در نظام سلامت ایران فراهم می‌کند و زمینه توسعه مدل بومی حکمرانی شبکه‌ای را فراهم می‌سازد، به گونه‌ای که علاوه بر شناسایی چالش‌ها و محدودیت‌ها، مسیر عملیاتی‌سازی مشارکت مؤثر نهادهای مدنی و تقویت پاسخ‌گویی و انسجام سیستم را نیز روشن می‌سازد. بنابراین، ارزش افزوده نظری یافته‌ها در تحلیل انتزاعی روابط میان کدها و شکل‌دهی مضامین شبکه‌ای، نسبت به پژوهش‌های پیشین داخلی و بین‌المللی، به صورت شفاف قابل مشاهده است. **شبکه مفهومی (نقشه مضامین):** این شبکه نمایانگر ارتباطات میان کدهای پایه، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر است و ساختار کلی حکمرانی مشارکتی نظام سلامت را به تصویر می‌کشد. شکل شماره ۱، نقشه ساختار ارتباطی را به شکل شماتیک نمایش می‌دهد.

بحث

الگوی مفهومی حاصل از این پژوهش بر پایه سه مضمون اصلی یعنی «چالش‌های حکمرانی»، «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» و «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها»، تصویری چندلایه از وضعیت موجود و امکان حرکت به سوی حکمرانی مشارکتی در نظام سلامت ایران ترسیم می‌کند. این الگو نشان می‌دهد که گذار از حکمرانی سلسله‌مراتبی به حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی، مستلزم بازتعریف جایگاه نهادهای مدنی، رفع موانع ساختاری و بهره‌برداری از ظرفیت‌های نهادمحور و شبکه‌ای است. در سطح نخست، مضمون «چالش‌های حکمرانی» به مجموعه‌ای از موانع نهادی و ساختاری اشاره دارد که مانع تحقق مشارکت واقعی می‌شوند. این چالش‌ها شامل ضعف شفافیت در تصمیم‌گیری‌ها، نبود پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران به ذی‌نفعان، ناهماهنگی میان نهادها، مقاومت سازمانی در برابر واگذاری قدرت، محدودیت‌های قانونی و فشارهای سیاسی است. یافته‌ها با پژوهش بوکر و همکاران (۲۰۲۲) هم‌خوان است که ناکامی حکمرانی سلامت جهانی را ناشی از ضعف نهادسازی، تمرکزگرایی و ناکارآمدی سازوکارهای پاسخ‌گویی دانسته‌اند. همچنین در سطح ملی، مطالعات موحدی‌ها و همکاران (۲۰۲۱) و سلیمانی و همکاران (۲۰۲۳) به مشکلات ساختاری نظام سلامت ایران، به‌ویژه ساختارهای غیرمنعطف و نبود شفافیت در سیاست‌گذاری اشاره داشته‌اند. در سطح دوم، مضمون «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» بیانگر این است که اگرچه نهادهای مدنی از ظرفیت‌های اجتماعی و نهادی قابل‌توجهی برخوردارند، اما مشارکت آن‌ها در سیاست‌گذاری، نظارت و تصمیم‌گیری‌ها همچنان محدود و عمدتاً صوری است. این موضوع با یافته‌های کیانی و زارعی (۲۰۲۲) مطابقت دارد که نشان می‌دهند نهادهای مدنی علی‌رغم دارا بودن پایگاه اجتماعی، با موانعی چون کمبود منابع مالی و انسانی، عدم دسترسی به اطلاعات و نبود جایگاه قانونی مشخص مواجه‌اند. همچنین بیدار و قاسمی (۲۰۲۰) بر ضرورت تقویت نقش حمایتی و مطالبه‌گرانه این نهادها برای تحقق حق بر سلامت تأکید کرده‌اند. در سطح سوم، مضمون «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها» به قابلیت‌های مغفول‌مانده نهادهای مدنی می‌پردازد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت‌های شبکه‌ای، آموزش و

توانمندسازی مستمر، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، ایجاد شبکه‌های همکاری و تقویت منابع مالی پایدار می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت مؤثر نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت باشد. این یافته با تحلیل ون دن اورد و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که حکمرانی شبکه‌ای را عاملی کلیدی در ارتقای هماهنگی نهادی و پاسخ‌گویی، به‌ویژه در شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، معرفی کرده‌اند. همچنین، پژوهش مایره و همکاران (۲۰۲۲) بر ضرورت ایجاد پیوندهای کارآمد میان نهادهای ملی و شبکه‌های بین‌المللی به‌منظور ارتقای حکمرانی سلامت تأکید دارد. یافته‌ها در این پژوهش با استناد به نظریه‌های حکمرانی سلامت، به‌ویژه نظریه حکمرانی شبکه‌ای و حکمرانی مشارکتی، تبیین می‌شوند. این نظریه‌ها بر این اصل تأکید دارند که حکمرانی مؤثر در نظام سلامت نیازمند همکاری و هماهنگی میان نهادهای مختلف، از جمله نهادهای دولتی، خصوصی و مدنی است. مضمون «چالش‌های حکمرانی» با نظریه حکمرانی سلسله‌مراتبی مرتبط است که بر تمرکز قدرت در سطح بالا و ناکارآمدی سیستم‌های پاسخگویی تأکید دارد. این نظریه نشان می‌دهد که ضعف شفافیت، نبود پاسخگویی و ناهماهنگی میان نهادها، مانع اصلی تحقق حکمرانی مشارکتی می‌شوند. همچنین، مضمون «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» با نظریه حکمرانی مشارکتی همسو است که بر اهمیت مشارکت نهادهای مدنی در فرآیندهای تصمیم‌گیری و نظارت تأکید دارد. این نظریه نشان می‌دهد که نهادهای مدنی به عنوان بخشی از سیستم سلامت، باید در سطوح مختلف حضور داشته باشند تا بتوانند در ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای عدالت سلامت نقش ایفا کنند. در نهایت، مضمون «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها» با نظریه حکمرانی شبکه‌ای مرتبط است که بر اهمیت ایجاد شبکه‌های همکاری و بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی و نهادی تأکید دارد. این نظریه نشان می‌دهد که ایجاد پیوندهای کارآمد میان نهادها، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و تقویت منابع مالی پایدار، می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت مؤثر نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت باشد. باید خاطر نشان کرد، الگوی حکمرانی مشارکتی استخراج‌شده در این پژوهش، با مبانی نظری حکمرانی شبکه‌ای نیز همخوانی دارد؛ مدلی که بر تعامل داوطلبانه، میان‌کنشگری و مشارکت مبتنی بر ظرفیت‌های نهادی تأکید می‌کند (کاپوچو و هو، ۲۰۲۰ و جلیلی خان آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). این رویکرد به‌ویژه در نظام‌های پیچیده‌ای همچون سلامت، می‌تواند جایگزینی کارآمد برای الگوهای متمرکز و ناکارآمد حکمرانی سنتی باشد. با این حال، بررسی شکاف‌های موجود در ادبیات نشان می‌دهد که بسیاری از مطالعات داخلی عمدتاً به نقد ساختارهای موجود پرداخته‌اند و کمتر به راهبردهای عملی در زمینه ظرفیت‌سازی نهادهای مدنی توجه داشته‌اند. برای نمونه، علیخانی و همکاران (۲۰۱۸) تنها بر ابعاد ساختاری تمرکز کرده‌اند، در حالی که نتایج این پژوهش نشان داد تحقق مشارکت مؤثر نهادهای مدنی مستلزم ظرفیت‌سازی مستمر، بازنگری در نظام‌های آموزشی، و توسعه شبکه‌های افقی میان ذی‌نفعان است. در خصوص نوآوری این پژوهش، می‌توان خاطر نشان کرد که این نوآوری در ارائه یک الگوی مفهومی چندلایه و ساختاریافته بر پایه سه مضمون اصلی (چالش‌های حکمرانی، نقش نهادهای مدنی و ظرفیت‌ها و فرصت‌ها) در حوزه حکمرانی سلامت ایران بروز می‌کند. این

الگو نه تنها وضعیت فعلی سیستم را بازتاب می‌دهد، بلکه مسیری برای گذار از حکمرانی سلسله‌مراتبی به سمت حکمرانی شبکه‌ای و مشارکتی ارائه می‌کند. از جنبه نظری، پژوهش با ترکیب مفاهیم حکمرانی سلامت، حکمرانی مشارکتی و حکمرانی شبکه‌ای، چارچوبی جامع و تطبیقی ارائه می‌دهد که می‌تواند به عنوان مبنایی برای تحلیل سیستم‌های سلامت در کشورهای مشابه مورد استفاده قرار گیرد. از جنبه کاربردی، یافته‌ها نشان می‌دهند که بازسازی ساختارهای حکمرانی، تقویت نقش نهادهای مدنی و بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی و فناورانه، می‌تواند زمینه‌ساز ارتقای کیفیت و عدالت سلامت در ایران باشد. این مدل پیشنهادی، نه تنها از نظر نظری و تحلیلی، بلکه از نظر سیاست‌گذاری و عملیاتی، ارزش افزوده قابل توجهی دارد. باید توجه کرد، حکمرانی مشارکتی در نظام سلامت صرفاً با حضور نمادین نهادهای مدنی امکان‌پذیر نیست، بلکه نیازمند بازآرایی ساختارهای نهادی، پذیرش نقش فعال جامعه مدنی در سطوح مختلف تصمیم‌گیری، و تقویت پیوندهای شبکه‌ای میان بازیگران عرصه سلامت است. این گذار، علاوه بر اصلاحات ساختاری، مستلزم تحولی فرهنگی در منطق حکمرانی نیز هست؛ تحولی که بر عبور از رویکرد کنترل‌محور به سوی منطق همکاری و اعتماد تأکید دارد. مطالعاتی همچون تنبزل و همکاران (۲۰۲۱) و مایره و همکاران (۲۰۲۲) نیز این تغییر رویکرد را پیش‌شرط دستیابی به کارآمدی و عدالت در نظام‌های سلامت معرفی کرده‌اند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این سوال انجام شد که «شبکه مضامین مرتبط با حکمرانی نظام سلامت با تمرکز ویژه بر نهادهای مدنی چگونه است؟» برای پاسخ به این سوال، داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه با ۱۵ خبرگان حوزه‌های سلامت، سیاست‌گذاری عمومی و جامعه مدنی تحلیل شد تا ساختار شبکه‌ای مضامین کلیدی در حکمرانی سلامت ایران تبیین شود. یافته‌ها نشان داد که شبکه مضامین استخراج‌شده شامل سه مضمون اصلی است: «چالش‌های حکمرانی»، «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» و «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها». این مضامین، نمایی چندلایه از تعامل میان نهادها و عوامل مؤثر بر حکمرانی سلامت را ارائه می‌کنند و روابط میان مفاهیم کلیدی و زیرمجموعه‌های آن‌ها را به صورت نظام‌مند نشان می‌دهند. بر مبنای شبکه مضامین استخراج‌شده در این پژوهش، می‌توان دلالت‌هایی را در سه سطح سیاستی، نهادی و پژوهشی مطرح کرد؛ دلالت‌هایی که مستقیماً از ساختار مفهومی یافته‌ها برآمده‌اند و نه فراتر از دامنه داده‌ها. در سطح سیاست‌گذاری، با توجه به برجسته بودن مضمون «نقش و جایگاه نهادهای مدنی» در کنار «چالش‌های حکمرانی»، به نظر می‌رسد بازتعریف جایگاه نهادی نهادهای مدنی در فرآیندهای سیاست‌گذاری، اجرا و نظارت می‌تواند با منطق شبکه مضامین همسو باشد. همچنین، تقویت سازوکارهای هماهنگی میان نهادهای دولتی، مدنی و علمی - که در کدهای مرتبط با هماهنگی نهادی و پاسخ‌گویی نمود یافته‌اند - می‌تواند در راستای انسجام بیشتر معماری حکمرانی سلامت مورد توجه قرار گیرد. با توجه به برجستگی مؤلفه «ظرفیت‌ها و فرصت‌ها»، توجه به پایداری منابع و ایجاد بسترهای تعامل شبکه‌ای نیز

از جمله دلالت‌های قابل استنباط از یافته‌هاست، هرچند تحقق و میزان اثربخشی آن‌ها نیازمند بررسی‌های تجربی گسترده‌تر است. در سطح نهادهای مدنی، یافته‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت‌های درون‌سازمانی، توان شبکه‌سازی و قابلیت‌های آموزشی از عناصر کلیدی در شبکه مفهومی حکمرانی سلامت هستند. بر این اساس، تقویت مهارت‌های مدیریتی و ارتباطی، توسعه شبکه‌های موضوع‌محور و مستندسازی تجربه‌های عملی می‌تواند با ساختار مضامین استخراج‌شده همخوانی داشته باشد. با این حال، پژوهش حاضر درباره میزان تأثیر این اقدامات بر پیامدهای کلان حکمرانی داوری قطعی ارائه نمی‌دهد و این موضوع مستلزم مطالعات تکمیلی است. در سطح علمی، ساختار شبکه‌ای مضامین نشان داد که روابط میان چالش‌ها، نقش نهادهای مدنی و ظرفیت‌های موجود ماهیتی چندلایه و تعاملی دارد. از این رو، انجام پژوهش‌های تکمیلی با رویکردهای ترکیبی و با دامنه نمونه گسترده‌تر می‌تواند به آزمون تجربی روابط مفهومی شناسایی‌شده کمک کند. همچنین، مطالعات تطبیقی در سایر استان‌ها یا کشورهای دارای شرایط نهادی مشابه می‌تواند به ارزیابی میزان ثبات یا تغییرپذیری این شبکه مضامین یاری رساند.

منابع فارسی:

- ۱- سلیمانی، حسین؛ حسین‌پور، داوود؛ و سید نقوی، محمدعلی. (۱۴۰۲). توسعه مدل بومی حکمرانی نظام سلامت ایران با رویکرد شبکه‌ای. *فصلنامه حکمرانی و توسعه*، ۳(۲)، ۱۴۷-۱۷۶.
- ۲- فراغ خسروی، محمد؛ مصادق‌راد، عباس؛ و عرب، محمد. (۱۴۰۰). حکمرانی در نظام سلامت: مرور مفهومی. *مجله پژوهش نظام‌های سلامت حکیم*، ۲۴(۱)، ۳۵-۵۴.
- ۳- محمدی‌ها، حسین؛ معمارزاده، غلامرضا؛ و عظیمی، پریرسا. (۱۴۰۰). طراحی مدل ارتقای نظام سلامت کشور با تأکید بر راهبردهای حکمرانی. *فصلنامه پایاورد سلامت*، ۱۵(۳)، ۲۷۲-۲۹۰.
- ۴- عبدالله‌تبار، حسین؛ ساجدی، حسین؛ سام آرام، علی‌اکبر؛ و تاج‌مازینیانی، علی‌اصغر. (۱۴۰۰). زمینه نهادی نظام سلامت و تغییرات آن در ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲۱(۸۱)، ۸۷-۱۲۷.
- ۵- جلالی‌خان‌آبادی، تقی؛ علوانی، سیدمهدی؛ واعظی، رضا؛ و قربانی‌زاده، وحید. (۱۳۹۹). طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت کشور. *فصلنامه علوم مدیریت ایران*، ۱۵(۵۸)، ۱-۳۰.
- ۶- سالاریان‌زاده، محمدحسین؛ و لطیفی جلیسه، سعید. (۱۳۹۹). چالش‌های ساختار حکمرانی وزارت بهداشت بر اساس مدل ساختار شبکه‌ای. *مجله پژوهش نظام‌های سلامت حکیم*، ۲۳(۲)، ۱۸۹-۲۰۰.
- ۷- بیدار، زهرا؛ و قاسمی، غلامعلی. (۱۳۹۹). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در توسعه حق سلامت. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۱۴(۵۲)، ۷-۲۶.
- ۸- مصادق‌راد، عباس؛ و رحیمی‌تبار، پرویز. (۱۳۹۸). مدل حکمرانی نظام سلامت ایران: مطالعه مقایسه‌ای. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۹)، ۱۰-۲۸.
- ۹- علیخانی، رضا؛ رسولی، محمدرضا؛ و علی‌احمدی، احمد. (۱۳۹۷). تأثیر عوامل کلیدی بر مدل بهینه حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت: رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری. *مدیریت سلامت*، شماره ۷۴، ۳۴-۱۹.
- ۱۰- داماری، بهزاد؛ حیدرنیا، محمدعلی؛ و رحبری بناب، مهدی. (۱۳۹۳). نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه. *پایش (نظارت سلامت)*، ۱۳(۵)، ۵۴۱-۵۵۰.

References:

1. Brugnara, Lucia, Jaramillo, Catalina, Olarte-Peña, Margarita, Karl, Larissa, Deckert, Andreas, Marx, Michael, Horstick, Olaf, Dambach, Peter, & Fehr, Angela. (2023). *Strengthening national public health institutes: a systematic review on institution building in the public sector*. Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1146655>.
2. Bucher, Ann, Papaconstantinou, George (Georgios), & Pisani-Ferry, Jean. (2022). *The failure of global public health governance: a forensic analysis*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2870/496616>.
3. Myhre, Sonja, Habtemariam, Mahlet Kifle, Heymann, David L., Ottersen, Trygve, Stoltenberg, Camilla, Ventura, Deisy de Freitas Lima, Vikum, Eirik

- F., & Bergh, Anne. (2022). *Bridging global health actors and agendas: the role of national public health institutes*. Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1057/s41271-022-00342-0>.
4. Huang, A., Lin, Y., Zhang, L., Dong, J., He, Q., & Tang, K. (2022). *Assessing health governance across countries: a scoping review protocol on indices and assessment tools applied globally*. *BMJ Open*, 12(7), e063866.
5. Tenbensen, T., Silwal, P., & Walton, L. (2021). *Overwriting New Public Management with New Public Governance in New Zealand's approach to health system improvement*. *Journal of Health Organization and Management*, 35(8), 1046–1061.
6. Sohel Saikat, Neil Squires, Zsuzsanna Jakab, Duncan Selbie, & Saqif Mustafa. (2021). *Building the evidence base for global health policy: the need to strengthen institutional networks, geographical representation and global collaboration*. *BMJ Global Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006852>
7. Hu Zhang. (2021). *Challenges and Approaches of the Global Governance of Public Health Under COVID-19*. *Frontiers Media SA*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.727214>.
8. Abd Rahim, A., Abdul Manaf, R., Juni, M. H., & Ibrahim, N. (2021). *Health system governance for the integration of mental health services into primary health care in the sub-Saharan Africa and South Asia region: A systematic review*. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211028579.
9. Kiani, M. A., & Zarei, B. (2022). *A comparative analysis of the role of NGOs and local governments in achieving good governance*. *Natural Resources*, 75(2), 242–262.
10. Van den Oord, S., Vanlaer, N., Marynissen, H., Bruggemans, B., Van Roey, J., Albers, S., & Kenis, P. (2020). *Network of networks: preliminary lessons from the Antwerp Port Authority on crisis management and network governance to deal with the COVID-19 pandemic*. *Public Administration Review*, 880–894.
11. Kapucu, N., & Hu, Q. (2020). *The development of network governance and its relevance for public affairs education*. *Journal of Public Affairs Education*, 1–9.
12. Macdonald, D., Johnson, R., & Lingard, B. (2020). *Globalisation, neoliberalisation, and network governance: an international study of outsourcing in health and physical education*. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 41(2), 169–186.