

Good Governance as a Political Category for Health (Corona Crisis Conditions)

Hossein Nemati*

Mostafa Ansari**

Abstract

Research is applied in terms of the purpose of research, and since we seek to examine the variables (good governance and health). This research is part of descriptive-correlational research in terms of implementation method. The sample size was selected based on Cochran's formula and stratified sampling (classes = villages) of 178 villages in the central part of Hamedan. A good governance and researcher-made health questionnaire was used to collect data. The validity of the questionnaires was confirmed by reading and commenting by experts. The reliability of the questionnaires from Cronbach's alpha coefficient of good governance was 0.82. Health was reported to be 0.80. In order to collect information in order to analyze the data and findings of the research, the research hypotheses were examined at two levels of descriptive statistics and inferential statistics. The results showed that the role of government as good governance has a significant impact on people's health.

Keywords: Good Governance, Health, Quoid 19.

* Ph.D. in Political Science, Lecturer at Payame Noor University, Hamadan, Iran
(Corresponding Author), nematihossein68@gmail.com

** M.A in Law, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran,
nemati65research@gmail.com

Date received: 13/09/2021, Date of acceptance: 31/10/2021

Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

حکمرانی خوب مقوله‌ای سیاسی در راستای تأمین سلامت (شرایط بحرانی کرونا)

حسین نعمتی*

مصطفی انصاری**

چکیده

بهره مند شدن از یک زندگی سالم و با کیفیت توأم با طول عمر و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است که باید شامل تمامی افراد، شهر و روستا دانست. این حق مردم است که از سلامت لازم برخوردار باشند. مسئولیت این بهداشت و سلامتی بر عهده دولت‌ها است. کشورهای که به دنبال تحقق توسعه پایدار هستند باید بدانند برخورداری از سلامت افراد جامعه شرط لازم آن می‌باشد. سلامتی ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی را شامل می‌شود که تمامی ابعاد سلامت انسان و محیط را شامل می‌شود. از آنجایی که سلامت و توسعه ارتباط تنگاتنگی دارند دولت‌ها باید به دنبال تأمین سلامت افراد جامعه خود باشند. یکی از مفاهیم که نقش مهمی در سلامت روستاییان دارد حکمرانی خوب یا به عبارتی نقش دولت در تأمین و پاسخگویی به وضعیت سلامتی و بهداشت افراد جامعه است. پژوهش از لحاظ هدف تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا جزء تحقیقات توصیفی - هم‌بستگی بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران و نمونه گیری طبقه ای (طبقات=روستاها) ۱۷۸ دهیار روستاهای همدان انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از

* دکترای علوم سیاسی، مدرس دانشگاه پیام نور، همدان، ایران (نویسنده مسئول)،

nematihosseini68@gmail.com

** کارشناسی ارشد حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران،

nemati65research@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۲، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۹

پرسش‌نامه حکمرانی خوب و سلامت محقق ساخته استفاده شد. روایی پرسش‌نامه‌ها از طریق اظهار نظر صاحب‌نظران مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ حکمرانی خوب ۰/۸۲. سلامت ۰/۸۰ گزارش شد. برای گردآوری اطلاعات تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. نتایج نشان داد نقش دولت به عنوان حکمرانی خوب تاثیر به‌سزایی بر سلامت افراد دارد.

کلیدواژه‌ها: حکمرانی خوب، سلامت، کووید ۱۹.

۱. مقدمه

سلامت انسانها به عنوان حقی اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است و تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند. امروزه سلامت به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان حقی مورد تقاضا از سوی مردم قرار گرفته است (سند سلامت، ۱۳۹۰: ۱۶). سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکارناپذیر است. در رویکرد انسانی به توسعه، انسان محور توسعه است و انسان سالم است که جامعه سالم را می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند که در برگیرنده نبود بیماری و نیز بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی بدون تبعیض فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی است. شواهد نشان می‌دهد که هرچه افراد در وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری باشند و در نردبان قدرت و منابع در سطوح پایین‌ترین قرار بگیرند از وضعیت سلامت نامطلوب‌تری برخوردارند. به عبارتی یک گردایان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی-اجتماعی در حرکت است و به طور کلی هر طبقه با طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۰: ۱۸). به خصوص در حال حاضر که ویروس کرونا دولتها را با چالشهای زیادی روبه‌رو ساخته است.

گروهی از بیماران ذات‌الریه در ووهان در پایان دسامبر ۲۰۱۹ زنگ خطر را در سراسر جهان اعم از شهری و روستایی ایجاد کردند. این ذات‌الریه به‌عنوان ویروس کرونای جدید شناخته شد (Gorbalenya, 2020: 2). ویروس کرونا به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر ناشی از سندرم حاد تنفسی منجر به چالشها و تنیدگیهای فراوانی شده است که مدیریت در خیلی از

زمینه‌ها را دچار خدشه کرده است. مواجهه با چنین ویروس ناشناخته‌ای هرگز آسان نیست و واکنش‌های متفاوتی را به وجود آورده است. این ویروس عملکرد جامعه و خانواده را هم دست خوش تغییرات ساخته است. این ویروس اضطراب بیش از حدی را در سطح اجتماع به وجود آورده است و از آن بدتر آن است که این ویروس تغییرات اجتماعی مشکل‌سازی را فراهم آورده است از جمله این تغییرات کاهش اعتماد به تصمیمات و سیاست‌های دولت، رکود اقتصادی، تعدیل نیرو و بیکاری، کمبود دارو، اضطراب و ترس فراوان و غیره (Greenberg and Rosner, 2020). تنها راه جلوگیری از شیوع این بیماری انجام دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی است. به عبارت دیگر اقدامات پیشگیرانه راه‌حل اصلی در درمان، مهار و کنترل بیماری مکوید ۱۹ است. این اقدامات پیش‌گیرانه شامل قرنطینه خانگی، محدود کردن تجمعات و رفت و آمدها، محدود کردن حمل و نقل، فاصله گذاری اجتماعی فیزیکی و اجتماعی، جلوگیری از سفرهای غیر ضروری و رعایت نکات بهداشت فردی است (کارینکو و همکاران، ۲۰۲۰: ۲) که توسط دولت می‌تواند اعمال شود. بنابراین نقش دولت در مدیریت و کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری حتی از بعد سیاسی حائز اهمیت است.

ویروس کرونا به عنوان یک بیماری همه گیر ناشی از سندرم حاد تنفسی منجر به چالش‌ها و تنیدگی‌های فراوانی شده است که مدیریت در خیلی از زمینه‌ها به خصوص در حیطه دولت را دچار خدشه کرده است. مواجهه با چنین ویروس ناشناخته‌ای هرگز آسان نیست و واکنش‌های متفاوتی را به وجود آورده است. این ویروس عملکرد دولت، جامعه شهری و روستایی و خانواده را هم دست خوش تغییرات ساخته است. این ویروس اضطراب بیش از حدی را در سطح اجتماع به وجود آورده است و از آن بدتر آن است که تغییرات اجتماعی مشکل‌سازی را فراهم آورده است از جمله این تغییرات کاهش اعتماد به تصمیمات و سیاست‌های دولت، رکود اقتصادی، تعدیل نیرو و بیکاری، کمبود دارو، اضطراب و ترس فراوان و غیره (Greenberg and Rosner, 2020).

۱.۱ پیشینه پژوهش

با توجه به شوع بیماری کرونا در مناطق شهری و غیر شهری پژوهش هایی در ارتباط با رعایت بهداشت و ارتقای سلامت در مناطق روستایی و غیر شهری به نگارش درآمده است که در ادامه به مرور چندی از این پژوهش ها می پردازیم.

چنین وضعیتی در روستاها با توجه به چالش های بنیادی که روستاییان در زمینه فقر، نابرابری، بی سواد و تامین نشدن نیازهای اساسی با آن مواجهند به صورت حادثی مشاهده میشود بنابراین باید به دنبال راهکارهایی بود تا بتوان سلامت روستائیان را تامین کرد (عنابستانی و بهزادی، ۱۳۹۲: ۲). حکمرانی خوب میتواند مشکلات زیادی را در این شرایط جمع کند، اعتماد افراد جامعه به دولت و عملکرد مطلوب دولت در این زمینه بسیاری از چالشها را حل و فصل خواهد کرد. حکمرانی خوب به عنوان الگویی است که در پی ناکارآمدی سازوکارهای پیشین توسعه از سوی کشورهای درحال توسعه و مجامع بین المللی ارائه شد. در الگوی مورد نظر دولت باید ثبات و پایدار را در جامعه ایجاد، چهارچوب های قانونی مناسب و اثربخش برای فعالیتهای بخش عمومی و خصوصی را مستقر، ثبات و امنیت و عدالت را در بازار فراهم و با کاهش نقش تصدی گری دولت و روی آوردن به نقش حمایتی فعالیت کند (حسین زاده و محمد زاده، ۱۳۹۸: ۸۷).

امام قلی پور و آسمانه (۱۳۹۵) معتقدند رابطه نزدیکی بین حکمرانی خوب و سلامت وجود دارد (امام قلی پور و آسمانه، ۱۳۹۵). دلیل این امر را پور احتشام (۱۳۹۷) این می داند که حکمرانی منجر به بهتر شدن پیامدهای توسعه می شود و هرچه کیفیت حکمرانی بالا باشد میزان امید به زندگی در بدو تولد و سالهای تحصیل و غیره نیز در وضعیت مناسبی قرار دارد (پور احتشام، ۱۳۹۷). از طرفی برنامه ریزان و سیاست گذران همواره اقدامات بسیار متنوعی را در راستای بهبود شرایط زندگی در مناطق روستایی طراحی و اجرا کرده اند تا بتوانند روستاها را به سمت وضعیت بهتر هدایت کنند و منجر به توسعه سلامت روستایی در این شرایط بد شوند (Mahon, M., Fahy, F., Cinneide, M.O, 2012; و 226 و Huang, G.H., Sun, W., Nie, X.H., Qin, X.S., Zhang, 2010: 1, X.D و حیدری مکرر، نسیمی، رمضان پور، ۱۳۹۸: ۱۹۴). بهداشت در روستا و نقش آن در سلامت جسمی و روحی قشر آسیب پذیر روستا بسیار حائز اهمیت می باشد. چراکه روستا نقش بسیار با اهمیتی در توسعه پایدار دولت و کشور دارد (میری، ۱۳۹۱).

نبود امکانات بهداشتی برای سلامت روستاییان می‌تواند بر مولفه های زندگی سالم تاثیر بگذارد و زمینه‌ساز مهاجرت‌های روستایی، افزایش نابرابری‌ها اجتماعی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰: ۵)، کاهش ضریب سلامت افراد ساکن در این روستاها (Howell، ۲۰۰۵: ۸)، افزایش خطر ابتلا به بیماریها و خیلی از آسیب‌های دیگر که منجر شده دولت‌ها برنامه‌های مختلفی برای بهداشت و سلامت روستاها در برنامه ریزی خود داشته باشند تا بتوانند فضای مناسب زندگی برای روستاییان فراهم آورند (حیدری مکرر، نسیمی و رمضان پور، ۱۳۹۸) به خصوص در این شرایی که با تحریم های اقتصادی، فشارهای سیاسی کشورهای استعمارگر مواجهیم. بنابراین روستاییان به عنوان قشر آسیب‌پذیر در سلامت هستند زیرا آنان با کمبود امکانات و آموزشهای بهداشتی با بیماری کووید ۱۹ مبارزه مواجهند با ورود بیماری‌ها میزان این آسیب‌ها نمایان تر می‌شود.

باکر (۲۰۲۰) نیز در دسته پژوهش هایی بیان میکند شیوع کرونا بر تمامی جوانب ابعاد زندگی انسان‌ها تاثیر گذاشته است به شکلی که این بیماری فعالیتهای روزمره زندگی را مختل کرده است و نه تنها دارای اثرات شدیدی بر سلامتی افراد است بلکه اوضاع اقتصادی، حمل و نقل و آموزش را هم تحت تاثیر قرار داده است (Baker, 2020: 5).

با وجود اقدامات پیشگیرانه ای که دولت مردان و افراد سیاسی اعمال کرده اند، اغلب مناطق روستایی به شدت تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته اند (تاجری مقدم و همکاران، ۱۳۹۹). در این دوران، معیشت روستایی‌ها بیشترین آسیب را از ناحیه اختلال در بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی، از دست رفتن گسترده شغلها و درآمدهای کارگران غیر رسمی، کاهش قیمت شیر، کاهش کشتار دام و غیره اما از همه مهمتر سلامت روستاییان در خطر است (مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۹؛ به نقل از حکیمی پور و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از علل آسیب پذیری جوامع روستایی این است که اکثر روستاییان فاقد منابعی مانند آب تمیز، مدارس، مراکز بهداشتی و درمانی و امکانات حمل و نقل و ارتباطی هستند که به راحتی در مناطق شهری در دسترس اساس و کمبود این جمعیت را در معرض خطر گسترش بیماریها قرار داده است (Hartley, 2003: 1675). اهمیت این مسئله زمانی بیشتر میشود که به این مقوله توجه کنیم که با وجود شرایط سخت سیاسی، الغای برجام و مسائلی مانند تحریم های دارویی، عدم دسترسی به واکسن و کند شدن چرخه

اقتصادی و توان نیروی انسانی به خصوص روستاییان که محرک چرخه کشاورزی، باغداری، دامداری هستند، در حال آسیب دیدن هستند.

به عبارت دیگر، منطق روستایی بسیار کمتر آماده مقابله با تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بحران کووید ۱۹ هستند. زیرا روستاییها معمولاً با درآمد کم، فرصتهای اقتصادی و آموزشی محدود و کمبود مراقبتهای بهداشتی مواجه هستند (Jenkins, 2020: 1). با عنایت به آنچه که گفته شد این بیماری ویروسی جوانب مختلف زندگی روستاییان به خصوص سلامت آنها را آسیب رسانیده اما در این پژوهش ما به دنبال نقش حکمرانی خوب بر سلامت نواحی روستاها در این شرایط بحرانی است. مطالعاتی نشان میدهد ارتقای سلامت و کاهش نابرابری تحت تاثیر حکمرانی خوب است. در این رابطه مطالعات هانگ (Huang, 2008) را می توان ذکر کرد که معتقدند بین حکمرانی خوب و رضایت از زندگی در کشورها رابطه قوی وجود دارد. چراکه یکی از دلایل پرداختن به حکمرانی خوب تاثیر آن بر سلامت و رفاه جامعه میباشد زیرا بهبود حکمرانی خوب و مولفه‌های آن مستقیم بر سلامت و کیفیت زندگی افراد اثر دارد (حکمتی فرید، محمزهاده و حسین زاده، ۱۳۹۹: ۳۱) و (Tabarsa, G.H.A., Ghochani, F., & Badindehesh, M., 2015). نیز معتقدند حکمرانی خوب در جامعه میتواند بر میزان مشخصهای سلامت اثر بگذارد (تابارسا و همکاران، ۲۰۱۵: ۱۹۴) به نقل از تاجری مقدم و همکاران، ۱۳۹۹).

به طور کلی، حکمرانی خوب به عنوان عامل سیاسی و اجتماعی موثر بر سلامت و به تبع آن رفاه افراد جامعه، جوامع روستایی مطرح شده است و این مفهوم میتواند به معنای اداره و تنظیم امور و به رابطه میان شهروندان و حاکمان اطلاق شود. موضوع محوری حکمرانی مطلوب، چگونگی دست یافتن به حکومتی است که بتواند زمینه ساز توسعه ای عادلانه و مردم سالار برای انجام امور خیر و اشاعه خیرخواهانه در تمامی راسا به خصوص سلامت باشد. به عبارتی ماهیت حکمرانی با تسلط و اعمال قدرت تفاوت دارد و از نوعی تنظیم گری نشأت میگیرد. نظامی که بازیگران دولتی و حاکمیت متنوع در نظام امر خیر با نفوذ و قدر سیاسی مختلف باشد تا بتوانند بخش قابل توجهی از فعالیتهای خیرخواهانه را در راستای خدمت خیر به جوامع روستایی انجام دهند. زمانی که پایه های نظام خیر در نظام سیاسی و مدیریت سیاسی شکل میگیرد به شکل نهادینه شده در سایر نقاط نظام در سازمانهای نیمه دولتی و خصوصی نیز برای انجام خیر شکل می گیرد به حدی که این

نظام‌های کوچک خیر فعالیت‌های خیرخواهانه بیش از نهادهای دولتی دارند. بنابراین برای داشتن نهادها و بازیگران فعال در این زمینه اول به یک حاکمیت مطلوب با محورها و اهداف خیرخواهانه و مردم سالاری داریم تا بتوانیم به اهداف خیرخواهانه در سطح کشور با کوشش همگانی داشته باشیم. برای رسیدن به امور خیرخواهانه در حاکمیت از طریق قدرت سیاسی به هشت شاخص سازمان بین‌المللی اشاره شده است.

سازمان ملل، هشت شاخص و ملاک برای قضاوت در مورد وجود یا وجود نداشتن حکمرانی مطلوب معرفی کرده است که برای تطابق به امور خیرخواهانه و تغییرات اساسی از طریق آن برای نهادینه سازی امور خیر با تکیه بر سیاست حائز اهمیت است این شاخص‌ها عبارت است از: ۱- مشارکت، ۲- شفافیت، ۳- مسوولیت‌پذیری، ۴- کارآیی و اثربخشی، ۵- اجماع‌محوری، ۶- حاکمیت قانون، ۷- انصاف و ۸- پاسخگویی.

در رابطه با وجود انصاف در حکمرانی خیر برای داشتن مردم سالاری و کمک به قشرهای آسیب دیده جامعه (جوامع روستایی)، این شاخص با ایجاد اطمینان و اعتماد در همه اعضای یک جامعه به طوری که برای بهبود یا حفظ رفاه و سلامت خود احساس امنیت کنند، به‌ویژه آن دسته از افراد و گروه‌هایی که به لحاظ سلامت در معرض خطر بیش‌تری هستند، حمایت خود را نشان می‌دهد حال این فعالیت‌های خیرخواهانه از طریق نهادهای دولتی، غیردولتی و مردم نهاد باشد. مولفه پاسخ‌دهی به عنوان یک سازوکار یا فرآیندی که مسئولان کشورمان به عنوان بازیگران امور سلامت را وا میدارد تا در مقابل مردم حساب پس دهد و دلایل تصمیم‌هایی که می‌گیرد و عمل‌هایی که انجام می‌دهد حساب دهد که رویکردی مهم در راستای مردم سالاری و برقراری عدالت در بعد سلامت است. در واقع این مولفه که راستی آزمایی دولت در برابر مردم است، میزان مشارکت مردم در تصمیم‌گیری برای شرایط بحران کرونا را نشان می‌دهد. همه بر این امر واقفیم که هرچه مشارکت مردم در امور خیر زیادتر باشد امور خیر تسهیل بیشتر و بهتر نهادینه میشود و در بستر جامعه شکل می‌گیرد. اجماع‌محوری نیز به عنوان یک شاخص شکیلی دهنده حکمرانی خود بر پایه عدالت محوری دیدگاه‌ها و نظراتی را برمیگزیند که بیش‌ترین خیر را برای مردم داشته باشد و صدای فقیرترین و آسیب‌دیده‌ترین فرد یا روستایی در زمینه سلامتشان در آن شنیده شود و به انتظارات او توجه شود. عدالت و

برابری اقشار همه جامعه بر پایه اجماع گری صورت میگیرد. خیری که به همه اقشار جامعه می‌رسد.

بعد کارایی و اثربخشی در حکمرانی مطلوب بر پایه خیر نیز منابع و فرآیندهای اجرایی؛ آن را به شکلی تخصیص میدهد که بیشترین میزان پاسخدهی را به نیازهای سلامت کلیه افراد جامعه داشته باشد به شکلی که کمترین اتلاف انرژی در آن صورت بگیرد. هر دستگاه دولتی به عنوان یک بازیگر امور خیر باید به جای خود، خدمات یکسانی را به همه مردم جامعه بدهد (فقیر و غنی) و خدمات باید برای تمامی مردم به عنوان شهروندان کشور یکسان و بر پایه عدالت باشد. در حکمرانی مطلوبی که هدف آن امور خیر و فعالیت‌های خیرخواهانه است برای رسانیدن خیر به تمامی اقشار جامعه مسئولانی با مسئولیت را می‌طلبد که تمامی مسئولان، نهادها، بنگاههای اقتصادی، سازمانهای دولتی اعم از بهزیستی، هلال احمر، کمیته امداد و غیره، شکل‌های مردمی در قبال منافع افراد جامع احساس مسئولیت کنند. این حس مسئولیت پذیری با شناسایی و تامین نیازهای سلامت آحاد روستاییان توسط دولت و دستگاههای دولتی صورت میگیرد. در شاخص حاکمیت قانون، حاکمیت قانون از حقوق مربوط به سلامت روستاییان دفاع میکند که این امر توسط نهاد بی طرف انجام میگیرد تا از سلامتی، نیازها و حقوق مردم دفاع کند و از حمایت‌های مالی و اقتصادی به شکل خیرخواهانه برای خانوارهای آسیب دیده و کم درآمد دفاع کند. بنابراین حکمرانی مطلوب و شاخصهای آن باید در راستای بیشترین کمک رسانی در زمینه سلامت در شرایط بحرانی کرونا به تمامی جوامع روستایی بر پایه عدالت شکل میگیرد. از این روی بر شاخص‌های سلامت اثر گذار است. روستاهای اطراف شهرستان بیجار در میان استان‌های همدان و کردستان از جمله روستاهایی اند که با روند خالی شدن سکونت‌گاه به دلیل کمبود امکانات رفاهی و بهداشتی با مهاجرت روستاییان مواجه بوده اند. محدودیت ساختاری، مدیریت ضعیف دولتی، نبود ساختاری مناسب برای مدیریت توسعه روستایی در بخش بهداشت، ضعف در برنامه‌های آموزشی از چالشهایی است که اهمیت انجام مطالعه در این شهرستان را ضروری میگرداند. با عنایت به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر با برجسته سازی اهمیت حکمرانی خوب بر ارتقای سلامت جوامع روستایی در پی اشاره به خلاء مطالعاتی زیاد در این زمینه، انجام این پژوهش را با هدف بررسی نقش حکمرانی خوب بر ارتقای سلامت جوامع روستاییان بر خود ملزم میدانند لذا در این

پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش اصلی است که آیا حکمرانی خوب بر ارتقای سلامت نواحی روستاهای شهرستان بیجار در شرایط بحرانی کرونا اثر دارد؟

۲. روش پژوهش

پژوهش از لحاظ هدف تحقیقات کاربردی است و از آنجایی که به دنبال بررسی بین متغیرهای (حکمرانی خوب و سلامت) هستیم؛ تحقیق از لحاظ شیوه اجرا جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی خواهد بود. نمونه مورد پژوهش بر اساس فرمول کوکران و نمونه‌گیری طبقه‌ای (طبقات=روستاها) ۱۷۸ دهیار روستاهای بخش مرکزی همدان انتخاب خواهد شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای به منظور گردآوری مبانی نظری و پیشینه تجربی پژوهش استفاده شده است. جهت جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از نمونه مورد مطالعه از روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه حکمرانی خوب محقق ساخته که داری ۳۶ سوال و هفت مولفه مشارکت، اثربخشی نقشها و وظایف عدالت، شفاف سازی، ظرفیت سازی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری میباشد که در طیف پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تشکیل شده است و پرسشنامه سلامت محقق ساخته از ۲۸ سوال تشکیل شده که چهار بعد سلامت جسم، روان، بعد اجتماعی و معنوی میباشد که در طیف پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تشکیل شده است. در این پژوهش سلامت جسم، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی مولفه‌های سلامت بودند. روایی پرسشنامه‌ها از طریق مطالعه و اظهار نظر استاد راهنما انجام شد و مورد تایید قرار گرفت. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب پایایی محاسبه شده از طریق روش آلفای کرونباخ حکمرانی خوب $0/82$. سلامت $0/80$ گزارش شد. باتوجه به این که میزان پایایی هر یک از متغیرها از $0/7$ بیشتر است و پایایی کل نیز از $0/7$ بیش‌تر است؛ لذا پایایی پرسشنامه‌ها مورد تأیید می‌باشد. پس از گردآوری اطلاعات به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های پژوهش از بررسی فرضیه‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص‌هایی همچون جداول و نمودارهای توزیع فراوانی و در سطح استنباطی با جود نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (برای محاسبه نرمال بودن داده‌ها) از

آزمون‌های پارامتریک پیرسون (بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای مستقل و وابسته) از نوع معادلات ساختاری استفاده گردید. جهت محاسبه میزان پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ به کار برده شد. از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌ها استفاده شد. همچنین برای محاسبات و تحلیل‌های آماری از ضریب همبستگی پیرسون از نوع معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزارهای pls و SPSS20 استفاده گردید.

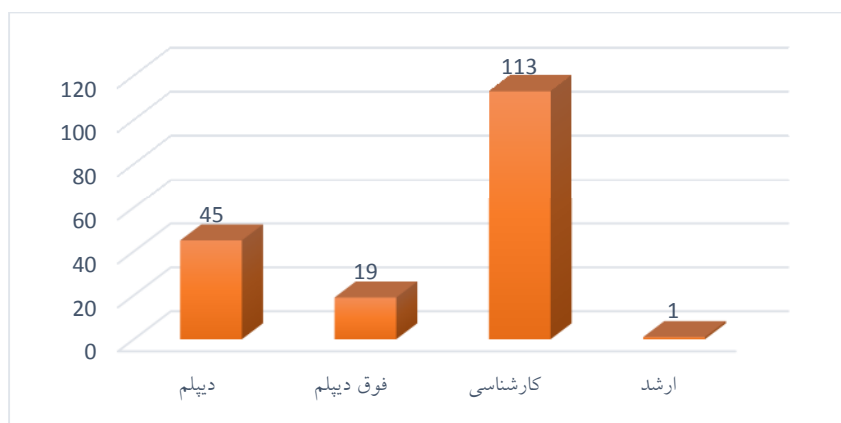
۳. یافته‌ها

۱.۳ یافته‌های توصیفی

جدول ۱. توزیع آماری سن

تجمعی	درصد	فروانی	
۸/۴	۸/۴	۱۵	کمتر از ۳۰
۴۸/۹	۴۰/۴	۷۲	۳۰-۴۰
۹۰/۴	۴۱/۶	۷۴	۴۱-۵۰
۰/۱۰۰	۹/۶	۱۷	بیشتر از ۵۰
	۰/۱۰۰	۱۷۸	کل

نتایج جدول ۱ نتایج توزیع سن را در نمونه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

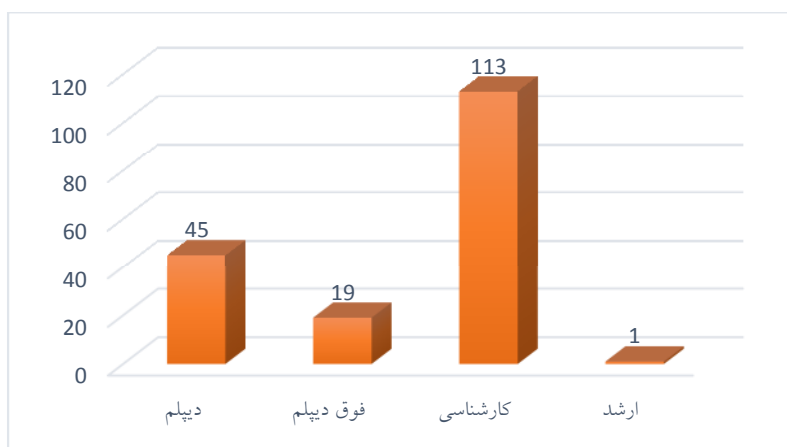


نمودار ۱. توزیع آماری سن

جدول ۲. توزیع آماری تحصیلات

تجمعی	درصد	فروانی	
۲۵/۳	۲۵/۳	۴۵	دیپلم
۳۶/۰	۱۰/۷	۱۹	فوق دیپلم
۹۹/۴	۶۳/۵	۱۱۳	کارشناسی
۰/۱۰۰	۰/۶	۱	ارشد
	۰/۱۰۰	۱۷۸	کل

نتایج جدول ۲ میزان تحصیلات نمونه پژوهش را نشان داده است



نمودار ۲. توزیع آماری تحصیلات

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کوچکترین	بزرگترین
حکمرانی خوب	۸۴/۲۴۷۲	۱/۵۱۴۷	۲۲۹/۴۴۱	۴۴	۱۲۰
سلامت	۱۱۹/۵۶۱۸	۱۴/۵۹۳۹	۲۱۲/۹۸۲	۷۶	۱۶۱

نتایج آمار توصیفی مربوط به تعداد، میانگین، انحراف استاندارد، دامنه، کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان داده است.

۲.۳ یافته‌های استنباطی

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف پیرامون بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

	سلامت	حکمرانی خوب
Z	۰/۷۱۳	۰/۹۱۳
میانگین	۸۲/۲۴۲۲	۱۲۹/۲۶۱۸
معناداری	۰/۶۶۴	۰/۳۶۸

از آنجا که مقادیر Z در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به هر دو متغیر تأیید می‌گردد و لذا می‌توان در ادامه از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده نمود.

جدول ۵. ضریب پیش‌بینی سلامت از طریق مولفه‌های حکمرانی خوب

مدل	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	مجموع مجذورات	میزان معناداری	F	دوربین واتسون
۱	۰/۵۴۶	۰/۲۹۸	۰/۲۶۹	۱۲/۹۵۲۸۰	۴۰۶۱۱/۱۲۴	۰/۰۰۰	۱۰/۲۹۴	۲/۰۷۹

بر اساس اطلاعات جدول، F مشاهده شده در رگرسیون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($p \leq 0/01$). همچنین مقدار آزمون دوربین واتسون (در بازه ۱/۵ تا ۲/۵) به دست آمد که استقلال خطاها را نشان می‌دهد. شرط نرمال بودن متغیرها نیز برقرار است. بنابراین شرایط استفاده از رگرسیون برقرار می‌باشد. با توجه به مقدار R^2 تعدیل شده ۰/۲۹ درصد از سلامت توسط حکمرانی خوب و مولفه‌های آن قابل پیش‌بینی است.

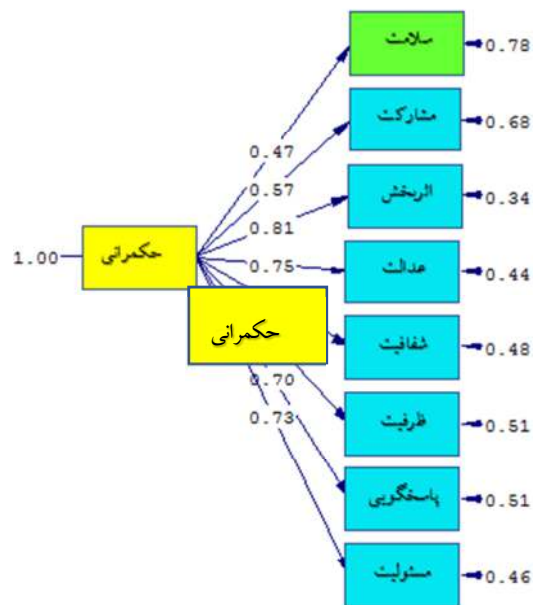
جدول ۶. ضریب پیش‌بینی سلامت از طریق مولفه‌های حکمرانی خوب

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	Sig.
	B	Std. Error	بتا		
۱	مقدار ثابت	۳۴/۸۸۵	۳/۴۰۶	۴/۱۵۰	۰/۰۰۰
	مشارکت	-۰/۰۸۸	۰/۳۷۶	-۰/۰۱۹	۰/۸۱۵
	اثربخشی	۰/۵۰۴	۰/۳۲۱	۰/۱۴۵	۱/۵۶۹
	عدالت	۲/۲۴۴	۱/۶۶۱	۰/۵۵۵	۱/۳۵۱

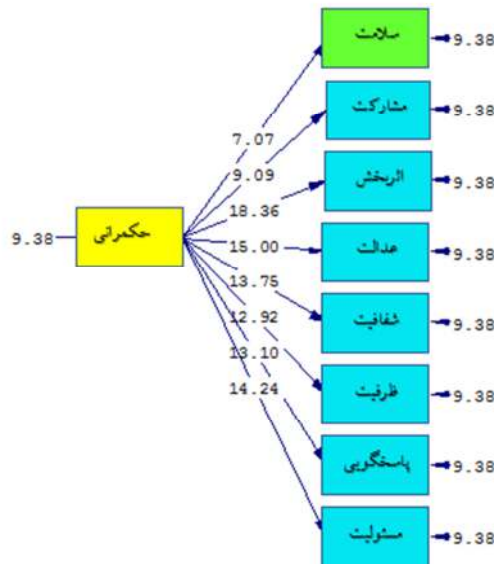
حکمرانی خوب مقوله‌ای سیاسی ... (حسین نعمتی و مصطفی انصاری) ۲۶۵

شفافیت سازی	۰/۵۰۳	۰/۴۶۳	۰/۰۹۷	۱/۰۸۶	۰/۲۷۹
ظرفیت سازی	۰/۷۶۰	۰/۳۲۴	۰/۱۸۸	۲/۳۴۷	۰/۰۲۰
پاسخگویی	-۰/۵۶۸	۰/۳۴۸	-۰/۱۱۶	-۱/۶۳۰	۰/۱۰۵
مسئولیت پذیری	-۱/۰۴۰	۱/۶۵۳	-۰/۲۵۵	۰/۶۲۹	۰/۵۳۰
متغیر وابسته: سلامت					

به منظور شناسایی و مقایسه شدت و جهت تأثیر ابعاد حکمرانی خوب ضرایب بتا نیز محاسبه شده، با توجه به مقادیر Beta و سطح معنی داری مقادیر t در جدول تنها حکمرانی خوب به شکل تأثیر جمعی ابعاد بر سلامت تأثیر داشته است. بنابراین تنها خود متغیر بر میزان سلامت روستایی تأثیر دارد.



نمودار ۵. مدل در حالت استاندارد



نمودار ۶. مدل در حالت معناداری

نتایج مدل در حالت استاندارد و معنی داری نشان می‌دهد متغیر حکمرانی و مولفه‌های آن اثر مستقیمی بر میزان سلامت دارند.

۳.۳ مشخصه‌های برازندگی مدل و مدل برازش شده

حال به منظور بررسی مدل نهایی به بررسی برازندگی آن با داده‌ها می‌پردازیم. برای برآورد پارامترها، بهترین برازندگی روش بیشینه احتمال (maximum likelihood) است. در روش مذکور یک فرایند تکرار شونده به منظور برآورد پارامترها انجام می‌گیرد و بر پایه این برآورد تابعی به نام تابع برازندگی محاسبه می‌گردد. این تابع ضریبی است که برازندگی پارامترها را با داده‌ها توصیف می‌کند. زمانی که یک مدل دقیقاً مشخص گردید و دارای ویژگی‌های همانند بوده و برآورد و آزمون آن امکان‌پذیر گردد، در این صورت برای برازندگی آن می‌توان از شاخص‌های برازش (Fit indexes) استفاده نمود. χ^2 یکی از پرکاربردترین این شاخص‌ها به شمار می‌آید که هرچه مقدار آن به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. باین حال با توجه به اینکه مقدار مجذور کای تحت تأثیر حجم نمونه و

تعداد روابط مدل ساختاری قرار می‌گیرد و لذا شاخص مطمئنی نیست، از شاخص‌های دیگری نیز برای برازش مدل‌ها استفاده می‌شود. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA/ Root Mean Square Error of Approximation) شاخص دیگری است که برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های متوسط بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ و برای مدل‌های ضعیف بالاتر از ۰/۱ است (براون و سودک، ۱۹۹۳). همچنین بر اساس یک قاعده کلی، شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI) (Comparative Fit Index)، نرم شده برازندگی (NFI) (Normed Fit Index)، نرم نشده برازندگی (NNFI) (Non-Normed Fit Index)، نیکویی برازش (GFI) (Goodness of Fit Index) و نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI) (A Corrected Goodness of Fit Index) برای مدل‌های خوب بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ خواهند بود. مقادیر بالای ۰/۸۰ نیز نشان‌دهنده برازش نسبتاً خوب یا متوسط مدل هستند. در جدول زیر شاخص‌های برازش مدل پژوهش ارائه شده است.

جدول ۷. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقادیر محاسبه شده
مجذور کای	۱/۴۰
معناداری	۰/۰۵۷
ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۴
شاخص برازش استاندارد (NFI)	۰/۹۱
شاخص تطبیقی برازش (CFI)	۰/۹۲
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	۰/۹۱

از تقسیم مجذور کای بر درجات آزادی شاخصی به دست می‌آید که چنانچه کوچک‌تر از ۳ باشد قابل قبول می‌باشد. با این حال از آنجاکه این شاخص برازش تحت تأثیر حجم نمونه و همبستگی‌های موجود در مدل است، از سایر شاخص‌های برازش از جمله ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA)، شاخص نرم شده برازش (NFI)، شاخص نرم نشده برازش (NNFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) نیز استفاده می‌گردد. بر اساس نتایج به دست آمده

باتوجه به اینکه مقدار (RMSEA=۰/۰۳۴) است می‌توان برآزش مدل را مطلوب دانست. همچنین در سایر شاخص‌ها از جمله (AGFI, GFI, CFI, NFI) نتایج بالاتر از ۰/۹۰ می‌باشد که حاکی از برآزش قابل قبول مدل می‌باشند.

۴. نتیجه‌گیری

بهره مند شدن از یک زندگی سالم و با کیفیت توأم با طول عمر و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است که باید شامل تمامی افراد، شهر و روستا دانست. این حق مردم است که از سلامت لازم برخوردار باشند. مسئولیت این بهداشت و سلامتی بر عهده دولتها است. کشورهایی که به دنبال تحقق توسعه پایدار هستند باید بدانند برخورداری از سلامت افراد جامعه شرط لازم آن میباشد. سلامتی ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی را شامل میشود که تمامی ابعاد سلامت انسان و محیط را شامل میشود. از آنجایی که سلامت و توسعه ارتباط تنگاتنگی دارند دولتها باید به دنبال تامین سلامت افراد جامعه خود باشند. یکی از مفاهیم که نقش مهمی در سلامت روستاییان دارد حکمرانی خوب یا به عبارتی نقش دولت در تامین و پاسخگویی به وضعیت سلامتی و بهداشت افراد جامعه است. دولتها برنامه‌های فراوانی دارند تا از طریق این راهبردها بتوانند سلامت افراد جامعه روستایی را تامین کنند. بحران کرونا در سراسر جهان اختلالات و چالشهای زیادی را به وجود آورده است که از چالشهای مهم در این زمینه، سلامت افراد جامعه به ویژه افرادی است که در مناطق آسیب پذیر مانند روستا سکونت دارند. چراکه این قشر به دلیل کمبود امکانات رفاهی و بهداشتی، آموزشی، درمانی بیشتر در معرض بیماری و بروس قرار دارند.

نتایج نشان داد که حکمرانی خوب نقش ارزنده‌ای بر سلامت افراد جامعه دارد. نقش دولت مردان و دولت در این شرایط بحرانی میتواند از خیلی از عوارض و حوادث ناشی از کرونا جلوگیری کند. محدودیتهای ترافیکی، محدودیتهای افزایش فاصله اجتماعی، سیاست‌های کلان و راهبردی برای ورود داروها در شرایط تحریم، مبارزه با اهتکار کنندگان غذا و دارو، مبارزه با قاچاق، نا امنیهای مرزی، برنامه‌های سیاسی برای کاهش حوادث و تلفات مرگ و میر ناشی از کرونا، تلاش برای مهیاسازی خدمات بهداشتی و درمانی برای

تمامی نقاط کشور و خیلی از عوامل دیگری که دولتها و سیاستمداران در این ایام سخت چاره‌ها اندیشیده‌اند.

نتایج این مطالعه نشان داد متغیر حکمرانی و مولفه‌های آن اثر مستقیمی بر میزان سلامت دارند. بنابراین از طریق مشارکت، اثربخشی، عدالت، شفافیت‌سازی، ظرفیت‌سازی، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد. این رهیافت با مطالعات حکمتی فرید، محمد زاده، حسینزاده (۱۳۹۹) همسو است چراکه بیان داشتند در کشورهایی که شاخص‌های حکمرانی در سطح بالاتری قرار دارد، جمعیت سالم‌تر بوده و نرخ مرگ‌ومیر کمتر و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتر است. همچنین سایر متغیرها شامل درآمد سرانه حقیقی و هزینه‌های سرانه سلامت رابطه مثبت و معنی‌دار با امید به زندگی و رابطه منفی و معنی‌دار با مرگ‌ومیر و نرخ باروری و بیکاری رابطه منفی و معنی‌دار با امید به زندگی و رابطه مثبت و معنی‌دار با مرگ‌ومیر دارند. حسین زاده و محمد زاده (۱۳۹۸) نیز نشان دادند حکمرانی خوب موجب بهبود و افزایش سلامت اجتماعی خواهد شد. بنابراین حکمرانی خوب میتواند میزان سلامت روستاییان را افزایش دهد و از طریق شاخص‌های حکمرانی خوب میتوان به پیش‌بینی میزان سلامت روستاییان پرداخت.

در استناد به اینکه از طریق شاخص‌های حکمرانی میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد باید به مطالعات پور احتشام (۱۳۹۷) اشاره کرد که نشان داد ارتقاء شاخص‌های حکمرانی و بهبود هزینه‌های بهداشتی و آموزش بخش سلامت از سوی دولت‌ها، بیش از آن‌چه نتایج اقتصادسنجی و آماری نشان می‌دهد بر متغیرهای واقعی بخش سلامت تأثیر دارند از این رو می‌توان گفت که با در نظر گرفتن شاخص‌های ۶ گانه حکمرانی که با شاخص کیفیت حکمرانی سنجیده می‌شود (با حضور این شاخصها) تأثیر بیش‌تری بر برون‌دادهای بخش سلامت داشته است؛ که این امر باعث کاهش نرخ مرگ‌ومیر و به تبع آن افزایش امید به زندگی در بدو تولد شده است. همچنین نتایج گویای تأثیرگذاری نقش تولید ناخالص داخلی به‌عنوان معیاری برای درآمد سرانه است که بر شاخص‌های بخش سلامت تأثیرگذار است. همچنین نامساعد بودن شرایط منطقه از بعد آموزش بزرگ‌سالان و تأثیرگذاری آن بر بهداشت و درمان می‌تواند به تلاش‌های جدی نهادهای آموزشی در امر حذف بی‌سوادی از این جوامع اشاره کرد و با توجه به اینکه رشد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه امری اجتناب‌ناپذیر است با در نظر گرفتن تأثیر مثبت آن بر شاخص‌های این

بخش نباید از ابعاد مثبت این متغیر چشم‌پوشی نمود یعنی می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب در جهت کنترل و هدایت جمعیت مهاجرنشین از روستا به شهرها و دغدغه‌های حاشیه‌نشینی که جنبه منفی این قضیه است بتواند به بهبود شاخصهای این بخش کمک کند. امام قلی پور و آسمانه (۱۳۹۵) نیز بیان کردند که در کنار سایر عوامل اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی، حکمرانی به عنوان یک عامل مؤثر بر بهبود شاخصهای بهداشتی می‌باشد و از آن‌جا که حکمرانی در ایران ضعیف می‌باشد حکمرانی ضعیف تاثیر منفی بر امید به زندگی در ایران داشته است.

ملک محمدی، وحدانی (۱۳۹۵) نیز سلامت را بعنوان هدفی اجتماعی که نیاز به همکاری همه جانبه دارد، توسعه طیفی از سازوکارهای سیاستی را بدنبال داشته است، می‌داند یافتن، معرفی و تجزیه و تحلیل سیر تحولات مفهومی سیاستگذاری سلامت، هدف اصلی این مطالعه کیفی است، تا چگونگی تکامل آن را نمایان سازد و مبانی اطمینان بخش و مرزهای اقدام شناخته شود. نتایج بررسی نشان می‌دهد، «اقدامات بین بخشی برای سلامت»، «سیاستگذاری های عمومی سالم» و اخیراً «سلامت در همه سیاست ها» سه موج اصلی سیاستگذاری هستند که همراه با تغییر پارادایم سیاسی، چشم انداز تازه ای از «حکمرانی برای سلامت» را نمایان کرده اند. گذار به الگوی حکمرانی شدیداً شبکه‌ای، چند سطحی و چند ذینفعی، مبتنی بر بسیج «کل دولت» و «کل جامعه» برای سلامت، همان بخش مهم تعهد سیاسی و اجتماعی برای عدالت و پیشرفت پایدار است. گوپتا و همکاران (Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2002) به این موضوع اشاره کردند که هزینه‌های دولت در دو بخش آموزش و بهداشت با افزایش سرمایه انسانی باعث رشد اقتصادی در کنار سایر بخش‌ها برخوردار هستند. بالداجی و همکاران (Baldacci, Clements & Gupta, 2004) در بررسی ۱۲۰ کشور در حال توسعه برای بازه زمانی ۱۹۷۵-۲۰۰۰ به این نتیجه رسیدند که مخارج صرف شده در امر آموزش و بهداشت باعث بهبود سطح آموزش و سلامت روستاها و نقش مهمی در رشد اقتصادی دارد. سوزی و آملانی (Ssozi & Amlani, 2015) در بررسی نقش حکمرانی بر کشورهای صحرای آفریقا به این نتیجه رسیدند که مخارج شخصی و دولت در بخش بهداشت بر سطح سلامت کشورها مؤثر است اما در بین نقش مخارج دولت در تحقق اهداف نظام سلامت بسیار مهم است. هیلایر (Hilaire, ۲۰۱۶) در مطالعات خود در باب تاثیر حکمرانی بر مخارج دولت در سطح سلامت کشورهای آفریقایی نتایج متناقضی را به دست آورده است. مطالعات کیم و لانه (Kim & Lane, 2013) و

یافته‌های پژوهش‌هایی از این دست این امر را تایید می‌کنند که نقش مخارج دولت برای ارتقای سلامت اثربخش بوده است. منابع مذکور تاییدکننده یافته نوشتار حاضر اند که ارتباطی مستقیم میان حکمرانی خوب و ارتقای سطح سلامت روستاییان و بهبود کیفیت و سبک زندگی و حضور و مشارکت سیاسی و اجتماعی رابطه‌ای مستقیم برقرار است.

با عنایت به آنچه گفته شد نتایج نشان داد شاخص‌های حکمرانی خوب می‌تواند میزان سلامت روستاییان را افزایش داد همچنین با ارتقای شاخص‌های مشارکت، اثربخشی، عدالت، شفافیت‌سازی، ظرفیت‌سازی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد که این یافته را مطالعات نامبرده پشتیبانی میکند.

براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد‌هایی برای بهبود و ارتقای سیاست‌های سلامتی و بهداشتی ارائه می‌شود؛

- اولویت توجه سیاستمداران و برنامه‌ریزان جهت ارتقای شاخص‌های اجتماعی حکمرانی خوب در راستای سلامت روستا؛
- برقراری عدالت برهزینه سرانه سلامت
- واضح و روشن شدن نقش‌ها و مسئولیتهای وابسته به وظایف حکمرانی به شکلی باشد که به ارتقای سلامت جوامع روستایی بیانجامد
- توسعه ارزشهای مشترک در راستای سلامت، ایجاد زیرساختهای فرهنگی و رفتاری از طریق کارگزاران
- تجدید نظر در سیاستهای دولت به علت نامناسب بودن سیاستهای دولت در بخش سلامت
- پر کردن نواقص دولتهای گذشته در بخش سلامت از طریق حکمرانی خوب
- لزوم توجه به حکمرانی خوب به دلیل کمبود امکانات و عدالت اجتماعی در حوزه سلامت

کتابنامه

امامقلی پور، آسمانه، زهرا. (۱۳۹۵). شاخص حکمرانی در اسلام و تاثیر آن بر بروندهای سلامت در ایران، اقتصادی وب انکداری اسلامی، ۱۵، ۱۰۸-۹۳.

- پور احتشام محمد. (۱۳۹۷). رابطه کیفیت حکمرانی با سلامت در کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا، رفاه اجتماعی. ۱۳۹۷، ۱۸ (۶۹): ۱۵۹-۱۸۴
- تاجری مقدم، مریم، زبیدی، طاهره، یزدان پناه، مسعود. (۱۳۹۹). تحلیل رفتارهای پیشگیرانه در مقابله با ویروس کرونا، نواحی روستایی شهرستان دشتستان، اقتصاد فضا و توسعه روستایی، ۹(۳)، ۲۱۳۱-۲۳۲۲.
- حسین زاده، حامد، محمد زاده، علی. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر کیفیت حکمرانی بر بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، فرهنگ و ارتقای فرهنگستان علوم پزشکی، سال سوم، شماره اول، ۹۷-۸۶
- حکمتی فرید، صمد، محمدزاده، یوسف، حسین زاده، افسانه. (۱۳۹۹). بررسی اثر حکمرانی خوب بر سلامت زنان در کشورهای با درآمد متوسط به بالا با رویکرد گشتاورهای تعمیم یافته، فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، ۱۱ (۴۱)، ۲۹-۵۲.
- حیدری مکرر، حمید، نسیمی، حمیدرضا، پور زهره، رمضان. (۱۳۹۸). ارزیابی اثرات طرح های هادی بر سلامت روان روستاییان (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان داراب)، تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، دوره ۱۹، شماره ۵۵، ۱۹۳-۲۱۳.
- عنابستانی، علی اکبر، بهزادی، صدیقه. (۱۳۹۲). سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی مؤثر بر آن در شهرستان میبد- یزد، برنامه ریزی فضایی، جغرافیا، ۳ (۱)، ۱۸-۱.
- ملک محمدی حمیدرضا، وحدانی نیا ولی اله. (۱۳۹۵). تکامل سیاستگذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت، ۲ (۲)، ۷۳-۹۴.
- میری، معصومه. (۱۳۹۱). گزارش تجربه و کارکرد اهمیت تاثیر آموزش در برخی از فعالیت های بهداشت محیط روستا، همایش تجارت و کارکردهای مطلوب نظام مراقبت های اولیه بهداشتی، مرکز بهداشت شهرستان بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی.
- وحدانی نیا ولی اله، وثوق مقدم عباس. (۱۳۹۷). فهم منطق متأخر سیاستگذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت، پایش، ۱۷ (۶): ۶۳۱-۶۴۶.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۰). سند سلامت.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۴). بانک اطلاعات پروژه های روستایی سالم، تهران: دبیرخانه شهر سالم-روستای سالم.

- Baldacci, M. E., Cui, Q., Clements, M. B. J., & Gupta, M. S. (2004). Social Spending, Human Capital, and Growth in Developing Countries: Implications for Achieving the MDGs: International Monetary Fund.
- Carico, R.R., Sheppard, J., Thomas, C.B., (2020). Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. In Press.
- Deme, R. K., Emecheta, C., & Omeje, M. O. (2017). Public Health Expenditure and Health Outcomes in Nigeria. *American Journal of Biomedical and Life Sciences*, 5(5), 96-102.
- Gorbalenya AE (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus–The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*.2.
- Mahase E (2020). Coronavirus: covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ*, 368:m641
- Greenberg, A., and J. Rosner. 2020. Voters are turning against Trump because of his leadership in the pandemic. *Washington Post*, 24 April 2020.
- Gupta, S, Davoodi, H., & Tiongson, E. (2001). Corruption and the Provision of Health Care and Education Services *The Political Economy of Corruption*)123-153(: Routledge
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. R. (2002). The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economies. *European Journal of Political Economy*, 18(4), 717-737.
- Hartley, D. (2004). Rural health disparities, population health, and rural culture. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1675-1678.
- Hilaire, H. G. (2016). Does Good Governance Improve Public Health Expenditure- Health Outcomes Nexus? New Empirical Evidence from Africa. *Universite d' Abomey Calavi*.
- Howell, E., Harris, L.E., Popkin, S.J. (2005). The health status of HOPE VI public housing residents, *Journal of health care for the poor and underserved*, 16(2), 273-285.
- Huang, G.H., Sun, W., Nie, X.H., Qin, X.S., Zhang, X.D. (2010). Development of a decision-support system for rural eco-environmental management in Yongxin County, Jiangxi Province, China, *Environmental Modelling & Software*, 25(1), 24-42.
- Jenkins, W.D., Bolinski, R., Bresett, J., Van Ham, B., Fletcher, S., Walters, S., ... and Ouellet, L. (2020). COVID-19 during the Opioid Epidemic-Exacerbation of Stigma and Vulnerabilities. *The Journal of Rural Health*, 00, 1–3.
- Kim, T. K., & Lane, S. R. (2013). Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among 17 Countries and Implications for US Health Care Reform. *American International Journal of Contemporary Research*, 3)9(, 8-13.
- Lindau, S. (2003) ,Synthesis of Scientific Disciplines in Purist of Health: The Interactive Bio psychosocial Model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46: 274-286.
- Mahon, M., Fahy, F., Cinneide, M.O. (2012). The significance of quality of life and sustainability at the urban–rural fringe in the making of place-based community. *GeoJournal*, 77(2), 265-278.

- Ssozi, J., & Amlani, S. (2015). The Effectiveness of Health Expenditure on the Proximate and Ultimate Goals of Healthcare in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 76(1), 165-179.
- Tajeri Moghadam, M., Raheli, H., Zariffian, Sh., and Yazdanpanah, M. (2020). The power of the health belief model (HBM) to predict water demand management: A case study of farmers' water con-servation in Iran. *Journal of Environmental Management*, 263 (2020), 110388.
- World Health Organization, Centrefor Health Development. (2010).Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings, The WHO Centre for Health Development, Kobe and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT).
- Zhang, J.J.; Dong, X.; Cao, Y.Y.; Yuan, Y.D.; Yang, Y.B.; Yan, Y.Q.; Akdis, C.A.; Gao, Y. Clinical characteristics of 140 patientsinfected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy Eur. J. Allergy Clin. Immunol.*2020,75, 1730–1741.