**حکمرانی خوب مقوله ای سیاسی در راستای تامین سلامت**

**(شرایط بحرانی کرونا)**

**چکیده:**

بهره مند شدن از یک زندگی سالم و با کیفیت توام 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. 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) 178 دهیار روستاهای همدان انتخاب شد. برای جمع­آوري اطلاعات از پرسشنامه حکمرانی خوب و سلامت محقق ساخته استفاده شد. روایی پرسشنامه‌ها ازطریق اظهار نظر صاحبنظران مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ حکمرانی خوب 82/0 . سلامت 80/0 گزارش شد. برای گردآوري اطلاعات تجزيه و تحليل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. نتایج نشان داد نقش دولت به عنوان حکمرانی خوب تاثیر به سزایی بر سلامت افراد دارد.

کلیدواژگان: حکمرانی خوب، سلامت، کووئید 19.

**بیان مسئله:**

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 اساسی ترین 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، 1390: 16). سلامت مقوله ای 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 بهره مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی بدون تبعیض فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی است (لاندو، 2003: 86-74). شواهد نشان میدهد که هرچه افراد در وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین تری باشند و در نردبان قدرت و منابع در سطوح پایین ترین قرار بگیرند از وضعیت سلامت نامطلوب تری 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 پایین تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (وزارت بهداشت، 1390: 18). به خصوص در حال حاضر که ویروس کرونا دولتها را با چالشهای زیادی روبه رو ساخته است.

گروهی از بیماران ذات الریه در ووهان در پایان دسامبر 2019 زنگ خطر را در سراسر جهان اعم از شهری و روستایی ایجاد کردند. این ذات الریه به­عنوان ویروس کرونای جدید شناخته شد (گوربالنیا،[[1]](#footnote-1) 2020). ویروس کرونا به عنوان یک بیماری همه گیر ناشی از سندرم حاد نفسی منجر به چالشها و تنیدگیهای فراوانی شده است که مدیریت در خیلی از زمینه ها را دچار خدشه کرده است. مواجه با چنین ویروس ناشناخته ای 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 مشکل سازی 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 (گرین برگ و روسنر[[2]](#footnote-2)، 2020). تنها راه جلوگیری از شیوع این بیماری انجام دستورالعمل­های سازمان بهداشت جهانی است. به عبارت دیگر اقدامات پیشگیرانه راه حل اصلی در درمان، مهار و کنترل بیماری مکووید 19 است. این اقدامات پیشگیرانه شامل قرنطینه خانگی، محدودکردن 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، 2020: 2) 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 نفسی منجر به چالشها و تنیدگیهای فراوانی شده است که مدیریت در خیلی از زمینه ها به خصوص در حیطه دولت را دچار خدشه کرده است. مواجه با چنین ویروس ناشناخته ای 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 مشکل سازی 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 (گرین برگ و روسنر[[3]](#footnote-3)، 2020).

چنین وضعیتی در روستاها با توجه به چالش­های بنیادی که روستاییان در زمینه فقر، نابرابری، بی سوادی و تامین نشدن نیازهای اساسی با آن مواجهند به صورت حادتری مشاهده میشود بنابراین باید به دنبال راهکارهایی بود تا بتوان سلامت روستائیان را تامین کرد (عنابستانی و بهزادی، 1392: 2). 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، چارچوبهای 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، 1398: 87).

امام قلی پور و آسمانه (1395) معتقدند رابطه نزدیکی بین حکمرانی خوب و سلامت وجود دارد (امام قلی پور و آسمانه، 1395). دلیل این امر را پور احتشام (1397) این می­داند که حکمرانی منجر به بهتر شدن پیامدهای توسعه می­شود 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 ، 1397). از طرفی برنامه­ریزان و سیاست­گذران همواره اقدامات بسیار متنوعی را در راستای بهبود شرایط زندگی در مناطق روستایی طراحی و اجرا کرده­اند تا بتوانند روستاها را به سمت وضعیت بهتر هدایت کنند و منجر به توسعه سلامت روستایی در این شرایط بد شوند (ماهون[[4]](#footnote-4) و همکاران، 2012: 226؛ هانگ[[5]](#footnote-5) و همکاران، 2010:1؛ حیدری مکرر، نسیمی، رمضان پور، 1398: 194). بهداشت در روستا و نقش آن در سلامت جسمي و روحي قشر آسيب پذير روستا بسيار حائز اهميت مي باشد. چراکه روستا نقش بسیار با اهمیتی در توسعه پایدار دولت وکشور دارد (میری، 1391).

نبود امکانات بهداشتی برای سلامت روستاییان میتواند بر مولفه های زندگی سالم تاثیر بگذارد و زمینه ساز مهاجرتهای روستایی، افزایش نابرابریها اجتماعی (سازمان بهداشت جهانی، 2010: 5)، کاهش ضریب سلامت افراد ساکن در این روستاها (هاول و همکاران، 2005: 8)، افزایش خطر ابتلا به بیماریها (روئل و همکاران، 2010: 54) 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، 1398) به خصوص در این شرایی که با تحریم های اقتصادی، فشارهای سیاسی کشورهای استعمارگر مواجهیم. بنابراین روستاییان به عنوان قشر آسیب پذیر در سلامت هستند زیرا آنان با کمبود امکانات و آموزشهای بهداشتی با بیماری کووید 19 برای مبارزه مواجهند با ورود بیماری­ها میزان این آسیبها نمایان تر میشود.

باکر و همکاران (2020) نیز 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 (باکر و همکاران، 2020: 5).

با وجود اقدامات پیشگیرانه ای که دولت مردان و افراد سیاسی اعمل کرده اند، اغلب مناطق روستایی به شدت تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته اند (اپانده، 2016: 5؛ به نقل از تاجری مقدم و همکاران، 1399). 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، 1399؛ به نقل از حکیمی پور و همکاران، 1398). 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 (هارتلای، 2004: 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، درحال آسیب دیدن هستند.

به عبارت دیگر، منطق روستایی بسیار کمتر آماده مقابله با تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بحران کووید 19 هستند. زیرا روستاییها معمولاً با درآمد کم، فرصتهای اقتصادی و آموزشی محدود و کمبود مراقبتهای بهداشتی مواجه هستند (جنکینز و همکاران، 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 حمرانی 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 هالیول و هانگ (2008) میباشد که معتقدند بین حمرانی خوب و رضایت از زندگی در کشورها رابطه قوی وجود دارد. چراکه یکی از دلایل پرداختن به حمرانی 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، محمزاده و حسین زاده، 1399: 31). تابارسا[[6]](#footnote-6) و همکاران (2015) نیز معتقدند حکمرانی خوب در جامعه میتواند بر میزان شخاصهای سلامت اثر بگذارد (تابارسا و همکاران، 2015: 194 به نقل از تاجری مقدم و همکاران، 1399).

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 راستا 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 می­گیرد به حدی که این نظام های 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 داشه باشیم. برای رسیدن به امور خیرخواهانه در حاکمیت از طریق قدرت سیاسی به هشت شاخص سازمان بین­الملل 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 شاخص ها عبارت است از: ۱- مشارکت، ۲- شفافیت،-3 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 به‌طوری 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 فعالیهای خیرخواهانه از طریق نهادهای دولتی، غیردولتی و مردم نهاد باشد. مولفه پاسخ دهی 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 تصمیم گیری 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 دربستر جامعه شکل میگیرد. اجماع محوری نیز به عنوان یک شاخص شکیل دهنده حکمرانی خود بر پایه عدالت محوری دیدگاه ها و نظراتی را برمیگزیند که بیشترین خیر را برای مردم داشته باشد و صدای فقیرترین و آسیب دیده ترین 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 می طلبد 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 استان های همدان و کردستان از جمله روستاهایی اند که با روند خالی شدن سکونتگاه به دلیل کمبود امکانات رفاهی و بهداشتی با مهاجرت روستایان 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 میداند 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؟

پیشینه پژوهش:

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 نمونه گیری طبقه ای (طبقات=روستاها) 178 دهیار روستاهای بخش مرکزی همدان انتخاب خواهد شد. جهت جمع­آوري اطلاعات اين پژوهش از روش­­هاي مطالعۀ کتابخانه­اي به‌منظور گردآوري مباني نظري و پيشينۀ تجربي پژوهش استفاده شده است. جهت جمع­آوري داده­هاي مورد نياز از نمونه موردمطالعه از روش جمع­آوري اطلاعات با استفاده از پرسشنامه حکمرانی خوب محقق ساخته که داری 36 سوال و هفت مولفه مشارکت، اثربخشی نقشها و وظایف عدالت، شفاف سازی، ظرفیت سازی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری میباشد که در طیف پنج گزینه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم تشکیل شده است و پرسشنامه سلامت محقق ساخته از 28 سوال تشکیل شده که چهار بعد سلامت جسم، روان، بعد اجتماعی و معنوی میباشد که در طیف پنج گزینه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم تشکیل شده است. در این پژوهش سلامت جسم، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی مولفه های سلامت بودند. روایی پرسشنامه‌ها ازطریق 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 محاسبه‌شده از طریق روش آلفای کرونباخ حکمرانی خوب 82/0 . سلامت 80/0 گزارش شد. با توجه به این که میزان پایایی هر یک از متغیرها از 7/0 بیشتر است و پایایی کل نیز از 7/0 بیشتر است؛ لذا پایایی پرسشنامه­ها مورد تائید می­باشد. پس از گردآوري اطلاعات به منظور تجزيه و تحليل داده ها و یافته های پژوهش از بررسی فرضیه­های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص ­هايی همچون جداول و نمودارهای توزیع فراوانی و در سطح استنباطی با جود نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف- اسمیرونوف (برای محاسبه نرمال بودن داده­ها) از آزمون های 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-اسمیرونوف برای نرمال بودن داده ها 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.

**یافته­ها:**

**یافته­های توصیفی**

جدول 1: توزیع آماری سن

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | فروانی | درصد | تجمعی |
| کمتر از 30 | 15 | 4/8 | 4/8 |
| 30-40 | 72 | 4/40 | 9/48 |
| 41-50 | 74 | 6/41 | 4/90 |
| بیشتر از 50 | 17 | 6/9 | 100/0 |
| کل | 178 | 100/0 |  |

نتایج جدول 1 نتایج توزیع سن را در نمونه مورد مطالعه نشان میدهد.

نمودار 1: توزیع آماری سن

جدول 2: توزیع آماری تحصیلات

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | فروانی | درصد | تجمعی |
| دیپلم | 45 | 3/25 | 3/25 |
| فوق دیپلم | 19 | 7/10 | 0/36 |
| کارشناسی | 113 | 5/63 | 4/99 |
| ارشد | 1 | 6/0 | 100/0 |
| کل | 178 | 100/0 |  |

نتایج جدول 2 میزان تحصیلات نمونه پژوهش را نشان داده است

نمودار 2: توزیع آماری تحصیلات

جدول 3: مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | واریانس | کوچکترین | بزرگترین |
| حکمرانی خوب | 2472/84 | 5147/1 | 441/229 | 44 | 120 |
| سلامت | 5618/119 | 5939/14 | 982/212 | 76 | 161 |

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

**یافته­های استنباطی**

جدول 4: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف پیرامون بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | سلامت | حکمرانی خوب |
| Z | 713/0 | 913/0 |
| میانگین | 2422/82 | 2618/129 |
| معناداری | 664/0 | 368/0 |

ازآنجاکه مقادیر z در سطح خطای کمتر از 05/0 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 تجزیه‌و تحلیل داده‌ها استفاده نمود.

جدول 5: ضریب پیش بینی سلامت از طریق مولفه های حکمرانی خوب

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دوربین واتسون | F | میزان معناداری | مجموع مجذورات | Std. Error of the Estimate | Adjusted R Square | R Square | R | مدل |
| 079/2 | 294/10 | 000/0 | 124/40611 | 95280/12 | 269/0 | 298/0 | 546/0 | 1 |

 بر اساس اطلاعات جدول، F مشاهده شده در رگرسیون در سطح 01/0 معنادار بود (01/0p≤). همچنین مقدار آزمون دوربین واتسون (در بازده 5/1 تا 5/2) 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 R2 تعدیل شده 29/0 درصد از سلامت توسط حکمرانی خوب و مولفه های آن قابل پیش بینی است.

جدول 6: ضریب پیش بینی سلامت از طریق مولفه های حکمرانی خوب

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مدل | ضرایب غیر استاندارد | ضرایب استاندارد | t | Sig. |
| B | Std. Error | بتا |
| 1 | مقدار ثابت | 885/34 | 406/3 |  | 150/4 | 000/0 |
| مشارکت | 088/0- | 376/0 | 019/0- | 235/0- | 815/0 |
| اثربخشی | 504/0 | 321/0 | .145/0 | 569/1 | 118/0 |
| عدالت | 244/2 | 661/1 | 555/0 | 351/1 | 178/0 |
| شفافیت سازی | 503/0 | 463/0 | 097/0 | 086/1 | 279/0 |
| ظرفیت سازی | 760/0 | 324/0 | 188/0 | 347/2 | 020/0 |
| پاسخگویی | 568/0- | 348/0 | 116/0- | 630/1- | 105/0 |
| مسئولیت پذیری | 040/1- | 653/1 | 255/0- | 629/0 | 530/0 |
| 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 معنی­داری مقادیر t در جدول تنها حکمرانی خوب به شکل تاثیر جمعی ابعاد بر سلامت تاثیر داشته است. بنابراین تنها خود متغیر بر میزان سلامت روستایی تاثیر دارد.



حکمرانی

 نمودار 5: مدل در حالت استاندارد



 نمودار 6: مدل در حالت معناداری

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

مشخصه‌های برازندگی مدل و مدل برازش شده

حال به‌منظور بررسی مدل نهایی به بررسی برازندگی آن با داده‌ها می‌پردازیم. برای برآورد پارامترها، بهترین برازندگی روش بیشینه احتمال[[7]](#footnote-7) است. درروش مذکور یک فرایند تکرار شونده به‌منظور 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[[8]](#footnote-8) استفاده نمود.  یکی از پرکاربردترین این شاخص‌ها به شمار می‌آید که هرچه مقدار آن به صفر نزديك‌تر باشد، نشان‌دهنده برازش بهتر مدل است. بااین‌حال با توجه به اینکه مقدار مجذور کای تحت ‌تأثير حجم نمونه و تعداد روابط مدل ساختاري قرار مي‌گيرد و لذا شاخص مطمئنی نیست، از شاخص­هاي ديگري نیز براي برازش مدل‌ها استفاده مي‌شود. ريشه خطاي ميانگين مجذورات تقريب (RMSEA)[[9]](#footnote-9) شاخص دیگری است که براي مدل‌های خوب كمتر از 05/0 و براي مدل­هاي متوسط بين 05/0 تا 08/0 و براي مدل‌های ضعيف بالاتر از 1/0 است (براون و سودك،1993). همچنین بر اساس يك قاعده كلي، شاخص‌های برازندگي تطبيقي (CFI)[[10]](#footnote-10)، نرم شده برازندگي (NFI)[[11]](#footnote-11)، نرم نشده برازندگي (NNFI)[[12]](#footnote-12)، نيكويي برازش (GFI)[[13]](#footnote-13) و نيكويي برازش اصلاح‌شده (AGFI)[[14]](#footnote-14) براي مدل‌های خوب بين 90/0 تا 95/0 خواهند بود. مقادیر بالای 80/0 نیز نشان‌دهنده برازش نسبتاً خوب یا متوسط مدل هستند. در جدول زیر شاخص‌های برازش مدل پژوهش ارائه شده است.

جدول 7: شاخص‌های برازش مدل

|  |  |
| --- | --- |
| شاخص | مقادیر محاسبه‌شده |
| مجذور کای | 40/1 |
| معناداری | 057/0 |
| ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA) | 034/0 |
| شاخص برازش استاندارد (NFI) | 91/0 |
| شاخص تطبیقی برازش (CFI) | 92/0 |
| شاخص نيكويي برازش (GFI) | 90/0 |
| شاخص نيكويي برازش اصلاح شده (AGFI) | 91/0 |

از تقسیم مجذور کای بر درجات آزادی شاخصی به دست می‌آید که چنانچه کوچک‌تر از 3 باشد قابل‌قبول می‌باشد. با این حال ازآنجاکه این شاخص برازش تحت تأثیر حجم نمونه و همبستگی‌های موجود در مدل است، از سایر شاخص‌های برازش ازجمله ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA)، شاخص نرم شده برازش (NFI)، شاخص نرم نشده برازش (NNFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، نيكويي برازش (GFI) و نيكويي برازش اصلاح‌شده (AGFI) نیز استفاده می‌گردد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده با توجه به اینکه مقدار (034/0=RMSEA) است می‌توان برازش مدل را مطلوب دانست. همچنین در سایر شاخص‌ها از جمله (NFI،CFI، GFI و AGFI) نتایج بالاتر از 90/0 می‌باشد که حاکی از برازش قابل قبول مدل می‌باشند.

نتیجه گیری:

بهره مند شدن از یک زندگی سالم و با کیفیت توام 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 برنامه های 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 ویروس قرار دارند.

نتایج نشان داد که حکمرانی خوب نقش ارزنده ای 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، محدودیتها برای 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، برنامه های 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 چاره ها اندیشیده اند.

نتایج این مطالعه نشان داد متغیر حکمرانی و مولفه های آن اثر مستقیمی بر میزان سلامت دارند. بنابراین از طریق مشارکت، اثربخشی، عدالت، شفافیت سازی، ظرفیت سازی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد. این رهیافت با مطالعات **حکمتی فرید، محمد زاده، حسینز اده (1399) 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 (1398) نیز نشان دادند حکمراني خوب موجب بهبود و افزایش سلامت اجتماعي خواهد شد. بنابراین حکمرانی خوب میتواند میزان سلامت روستاییان را افزایش دهد و از طریق شاخص های حکمرانی خوب میتوان به پیش بینی میزان سلامت روستاییان پرداخت.**

**در استناد به اینکه از طریق شاخص های حکمرانی میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد باید به مطالعات پور احتشام (1397) اشاره کرد که نشان داد ارتقاء شاخصهای حکمرانی و بهبود هزینه‌های بهداشتی و آموزش بخش سلامت از سوی دولتها، بیش ازآنچه نتایج اقتصادسنجی و آماری نشان می‌دهد بر متغیرهای واقعی بخش سلامت تأثیر دارند ازاین‌رو می‌توان گفت که با در نظر گرفتن شاخصهای 6 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 به‌تبع 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 می‌توان به تلاش جدی نهادهای آموزشی در امر حذف بی‌سوادی از این جوامع اشاره کرد و با توجه به اینکه رشد شهرنشینی در کشورهای درحال‌توسعه 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 (1395) 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 میباشدحکمرانی ضعیف تاثیر منفی بر امید به زندگی در ایران داشته است.**

ملک محمدی، وحدانی (1395) نیز سلامت را بعنوان هدفي اجتماعي که نياز به همکاري همه جانبه دارد، توسعه طيفي از سازوکارهاي سياستي را بدنبال داشته است، میداند يافتن، معرفي و تجزيه و تحليل سير تحولات مفهومي سياستگذاري سلامت، هدف اصلي اين مطالعه کيفي است، تا چگونگي تکامل آن را نمايان سازد و مباني اطمينان بخش و مرزهاي اقدام شناخته شود. نتايج بررسي نشان مي دهد، «اقدامات بين بخشي براي سلامت»، «سياستگذاري هاي عمومي سالم» و اخيرا «سلامت درهمه سياست ها» سه موج اصلي سياستگذاري هستند که همراه با تغيير پارادايم سياسي، چشم انداز تازه اي از «حکمراني براي سلامت» را نمايان کرده اند. گذار به الگوي حکمراني شديدا شبکه اي، چند سطحي و چند ذينفعي، مبتني بر بسيج «کل دولت» و «کل جامعه» براي سلامت، همان بخش مهم تعهد سياسي و اجتماعي براي عدالت و پيشرفت پايدار است. گوپتا [[15]](#footnote-15)و همکاران (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[[16]](#footnote-16) (2004) در بررسی 120 کشور در حال توسعه برای بازه زمانی 1975-2000 به این نتیجه رسیندند 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[[17]](#footnote-17) (2015) در بررسی نقش حکمرانی بر کشورهای صحرای آفریقا به این نتیجه رسیدند که مخارج شخصی و دولت در بخش بهداشت یر سطح سلامت کشورها موثر است اما در بین نقش مخارج دولت در تحقق اهداف نظام سلامت بسیار مهم است. هیلایر[[18]](#footnote-18) (2016) در مطالعات خود در باب تاثیر حمرانی بر مخارج دولت در سطح سلامت کشورهای آفریقایی نتایج متناقضی را به دست آورده است. مطالعات کیم و لانه[[19]](#footnote-19) (2013) و ادمه و همکاران[[20]](#footnote-20) (2017) این امر را تایید می کنند که نقش مخارج دولت برای ارتقای سلامت اثربخش بوده است. منابع مذکور تاییدکننده یافته پژوهش 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 را بیان می کند.

با عنایت به آنچه گفته شد نتایج نشان داد شاخص های حکمرانی خوب می تواند میزان سلامت روستاییان را افزایش داد همچنین با ارتقای شاخص های مشارکت، اثربخشی، عدالت، شفافیت سازی، ظرفیت سازی، پاسخگویی و مسئولیت پذیری میتوان میزان سلامت روستاییان را افزایش داد که این یافته را مطالعات نامبرده پشتیبانی میکند.

براساس یافته های این پژوهش پیشنهاد هایی برای بهبود و ارتقای سیاست های سلامتی و بهداشتی ارائه می شود؛

* اولویت توجه سیاستمداران و برنامه ریزان جهت ارتقای شاخص های 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 حکمانی خوب به دلیل کمبود امکانات و عدالت اجتماعی در حوزه سلامت

**منابع:**

# امامقلی پور، آسمانه، زهرا. (1395). شاخص حکمرانی در اسلام و تاثیر آن بر بروندادهای سلامت در ایران، اقتصادی وب انکداری اسلامی، 15، 108-93.

# پور احتشام محمد. (1397). رابطه کیفیت حکمرانی با سلامت در کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا، رفاه اجتماعی. ۱۳۹۷، ۱۸ (۶۹) :۱۸۴-۱۵۹

# تاجری مقدم، مریم، زبیدی، طاهره، یزدان پناه، مسعود. (1399). تحلیل رفتارهای پیشگیرانه در مقابله با ویروس کرونا، نواحی روستایی شهرستان دشتستان، اقتصاد فضا و توسعه روستایی، 9 (3)، 2131-2322.

# حسین زاده، حامد، محمد زاده، علی. (1398). بررسی تاثیر کیفیت حکمرانی بر بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، فرهنگ و ارتقای فرهنگستان علوم پزشکی، سال سوم، شماره اول، 97-86.

# حکمتی فرید, صمد, محمدزاده, یوسف, حسین زاده, افسانه. (1399). بررسی اثر حکمرانی خوب بر سلامت زنان در کشورهای با درآمد متوسط به بالا با رویکرد گشتاورهای تعمیم‌یافته، فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، 11 (41)، 52-29.

# حیدری مکرر، حمید، نسیمی، حمیدرضا، پور زهره، رمضان. (1398). ارزیابی اثرات طرح های هادی بر سلامت روان روستاییان (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان داراب)، تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، دوره 19، شماره 55، 193-213.

عنابستانی، علی اکبر، بهزادی، صدیقه. (1392). سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی مؤثر بر آن در شهرستان میبد- یزد، برنامه ریزی فضایی ، جغرافیا، 3 (1)، 18-1*.*

# [ملك محمدي حميدرضا](https://www.sid.ir/fa/journal/SearchPaper.aspx?writer=43063)، [وحداني نيا ولي اله](https://www.sid.ir/fa/journal/SearchPaper.aspx?writer=320629). (1395). تکامل سياستگذاري سلامت: گذار به پارادايم حکمراني براي سلامت، 2 (2)، 94-73.

# میری، معصومه. (1391). گزارش تجربه و کارکرد اهمیت تاثیر آموزش در برخی از فعالیتهای بهداشت محیط روستا، [همايش تجارت و كاركردهاي مطلوب نظام مراقبت هاي اوليه بهداشتي](https://www.sid.ir/fa/seminar/SeminarList.aspx?ID=148)، مرکز بهداشت شهرستان بجنورد، دانشگاه علوم پزشکي خراسان شمالي

# وحدانی نیا ولی اله، وثوق مقدم عباس. (1397). فهم منطق متأخر سیاستگذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت، پایش، ۱۷ (۶) :۶۳۱-۶۴۶

# وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. (1390). سند سلامت.

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (1384). بانک اطلاعات پروژه های روستایی سالم، تهران: دبیرخانه شهر سالم-روستای سالم.

# Baker, S. R., Bloom, N., Davis, S. J., Kost, K., Sammon, M., & Viratyosin, T. (2020). Theunprecedented stock market reaction to COVID-19. Covid Economics: Vetted and Real-TimePapers, 1(3), 1-12.

# 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.

**Good governance is a political category for health (Corona Crisis Conditions)**

**Abstract:**

Research is applied in terms of the purpose of research, and since we seek to examine the variables (good governance and health); The research will be 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.

1. Gorbalenya AE [↑](#footnote-ref-1)
2. Greenberg and Rosner [↑](#footnote-ref-2)
3. Greenberg and Rosner [↑](#footnote-ref-3)
4. Mahon, M., Fahy, F., Cinneide, M.O [↑](#footnote-ref-4)
5. Huang, G.H., Sun, W., Nie, X.H., Qin, X.S., Zhang, X.D [↑](#footnote-ref-5)
6. Tabarsa, GH.A., Ghochani, F., & Badindehesh, M. [↑](#footnote-ref-6)
7. .maximum likelihood [↑](#footnote-ref-7)
8. .Fit indexes [↑](#footnote-ref-8)
9. .Root Mean Square Error of Approximation [↑](#footnote-ref-9)
10. .Comparative Fit Index [↑](#footnote-ref-10)
11. .Normed Fit Index [↑](#footnote-ref-11)
12. .Non-Normed Fit Index [↑](#footnote-ref-12)
13. .Goodness of Fit Index [↑](#footnote-ref-13)
14. .Goodness of Fit Index [↑](#footnote-ref-14)
15. Gupta [↑](#footnote-ref-15)
16. Baldacci [↑](#footnote-ref-16)
17. Ssozi & Amlani [↑](#footnote-ref-17)
18. Hilaire [↑](#footnote-ref-18)
19. Kim & Lane [↑](#footnote-ref-19)
20. Edeme [↑](#footnote-ref-20)