

**Presenting a model for the realization of good health governance in the Ministry of Health  
(Case study in Tehran University of Medical Sciences)**

**Abstract**

The Good Governance Index is a sociological concept used in business, economics, the humanities, and public health to refer to intra-group relationships. In today's changing world, governments alone are unable to meet new needs and need new models to maximize all of society's capacity to be used in the public, private, and civil sectors. Therefore, the present study was conducted to evaluate the feasibility of good health governance in the Ministry of Health (a case study in Tehran University of Medical Sciences). In this article, six indicators of accountability, public participation in community management, control of corruption, quality of rule of law and political stability have been used. To collect data, the Delphi expert survey method and a questionnaire were used. The results of Delphi analysis, after three stages of expert opinion, led to the theoretical confirmation of the 38-component model. In the following, the results of structural equation modeling indicate the fit of the research model. Based on the field data, there is a positive and significant relationship between the mean of good governance and health.

**Keywords:** Ministry of Health, Good Governance, Health, Structure, Tehran University of Medical Sciences

**ارائه مدل جهت تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران)**فرشید رادفر<sup>۱</sup>دکتر علیرضا افشارنژاد<sup>۲</sup>دکتر زین العابدین امینی سابق<sup>۳</sup>دکتر احسان ساده<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

**چکیده**

شاخص حکمرانی خوب مفهومی جامعه‌شناسی است که در تجارت، اقتصاد، علوم انسانی و بهداشت عمومی جهت اشاره به ارتباطات درون و مابین گروهی از آن استفاده می‌شود. در جهان متحول امروز، دولت‌ها به‌تنهایی قادر به پاسخگویی به نیازهای جدید نیستند و به الگوهای جدیدی برای به حداکثر رساندن همه ظرفیت‌های جامعه در بخش‌های دولتی، خصوصی و مدنی استفاده نیازمندند. لذا پژوهش حاضر با هدف ارزیابی میزان تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران) انجام شد. در این مقاله از شش شاخص پاسخگویی، مشارکت مردمی در مدیریت جامعه، کنترل فساد، کیفیت مقررات حاکمیت قانون و ثبات سیاسی استفاده شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش نظرخواهی خبرگان به روش دلفی و پرسشنامه استفاده شد. نتایج تحلیل دلفی پس از سه مرحله نظرخواهی از خبرگان، منجر به تایید نظری مدل با ۳۸ مولفه گردید. در ادامه نتایج مدل سازی معادلات ساختاری حاکی از برازش مدل تحقیق بوده است. بر اساس داده‌های میدانی بدست آمده، میان میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت افراد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** وزارت بهداشت، حکمرانی خوب، سلامت، ساختار، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. [adfarfarshid@yahoo.com](mailto:adfarfarshid@yahoo.com)

<sup>۲</sup> استادیار مدیریت دولتی، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. (نویسنده مسئول)

[Ali.Reza.Afsharnejad555@gmail.com](mailto:Ali.Reza.Afsharnejad555@gmail.com)

<sup>۳</sup> دانشیار مدیریت دولتی، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. [Drsajadamini@yahoo.com](mailto:Drsajadamini@yahoo.com)

<sup>۴</sup> دانشیار مدیریت صنعتی، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. [E.sadeh@yahoo.com](mailto:E.sadeh@yahoo.com)

جهان امروز با چالش‌هایی مواجه است که ناشی از دگرگونی‌های حاصل از پیشرفت علم و صنعت و طرح نیازهای جدید سازمانی و اجتماعی است. در جهان متحول امروز، دولت‌ها به‌تنهایی قادر به پاسخگویی به نیازهای جدید نخواهند بود. این مهم نیازمند الگوهای جدیدی است که بتوان از همه ظرفیت‌های جامعه در بخش‌های دولتی، خصوصی و مدنی استفاده نمود، تا تولید و ارائه خدمات عمومی را حداکثر ساخت (رفعیان و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۱).

حکمرانی موضوعی است که بر نحوه تعامل دولت‌ها و سایر سازمان‌های اجتماعی با یکدیگر، نحوه ارتباط با شهروندان و نحوه اتخاذ تصمیمات در جهانی پیچیده تمرکز داشته و فرایندی است که از طریق جوامع و سازمان‌ها تصمیمات خود را اتخاذ و به‌واسطه آن، مشخص می‌کنند که چه کسانی در این فرایند درگیر و چگونه وظیفه خود را به انجام برسانند (نوبری و همکاران، ۱۳۸۹: ۶). رسوخ سنت در فرایندها و سیستم‌های خط‌مشی‌گذاری در دنیا، باعث ایجاد رویکرد جدیدی در مدیریت خط‌مشی‌گذاری ایجاد کرده است که از آن به‌عنوان حکمرانی خوب<sup>۱</sup> نام می‌برند.

حکمرانی خوب به‌عنوان فرصتی برای امنیت اقتصادی، بهبود محیط کسب‌وکار و جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی از طریق شش شاخص کنترل فساد، حاکمیت قانون، کیفیت قوانین و مقررات، اثربخشی دولت، ثبات سیاسی و حق اظهارنظر و پاسخگویی توسط نهادهای بین‌المللی بررسی می‌شود. پس از فراز و نشیب‌های فراوان در سیر تحول اندیشه توسعه، نظریه حکمرانی خوب یعنی نحوه اداره کشور، شیوه تصمیم‌گیری و چگونگی تعامل بین دولت و مردم به‌عنوان بنیان توسعه، مطرح شده است (جاسبی و نفری، ۱۳۸۸: ۹۰). نهادهای مالی بین‌المللی نظیر بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول همگی بر این باورند که حکمرانی خوب یک ضرورت حیاتی برای کمک به تحقق برنامه‌های توسعه است.

از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها برای اندازه‌گیری توسعه، شاخص توسعه انسانی است، در واقع مهم‌ترین عامل توسعه هر جامعه، افراد آن می‌باشند چراکه انسان هم هدف توسعه و هم ابزار توسعه است (صامتی و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۹۵). آموزش و بهداشت دو جزء مهم این شاخص هستند. بهداشت نوعی توانمندی است که به زندگی انسان ارزش می‌دهد. ارتقای بهداشت باعث می‌شود سرمایه انسانی از طریق انباشت سرمایه بهداشتی، افزایش یافته و به‌صورت مستقیم بر رشد تأثیر داشته باشند. ارتقای بهداشت از طریق افزایش طول عمر و کاهش روزهای کاری که نیروی کار به خاطر بهبود تکنولوژی به دست می‌آورد باعث ارتقای بهره‌وری نیروی کار می‌شود و به‌طور غیرمستقیم تولید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین ارتقای بهداشت باعث افزایش امید به زندگی، در نتیجه تمایل به پس‌انداز در میان مردم افزایش یافته، باعث افزایش سرمایه‌گذاری و رشد اقتصادی می‌گردد و با توجه به اهمیت بخش بهداشت و درمان در ارتقای شاخص توسعه انسانی و به‌تبع آن افزایش رفاه اجتماعی، سرمایه‌گذاری دولت در این بخش، به‌عنوان یکی از وظایف اصلی دولت شناخته می‌شود. از طرفی با توجه به شکست بخش خصوصی در تولید و ارائه کالاها و خدمات عمومی و به‌ویژه بخش بهداشت و درمان، دخالت دولت ضروری است (دادگر، ۱۳۸۹، ۵۴۶) که در این زمینه الگوی حکمرانی خوب می‌تواند نقش سازنده‌ای در ارتقای شاخص‌های بخش سلامت و بهداشت داشته باشد. وزارت بهداشت به‌عنوان نهادی که به‌طور مستقیم با سلامت در ارتباط است می‌تواند در وضعیت جسمی و روانی مردم تأثیر مستقیمی بگذارد و درنهایت به نگاه مردم به حکومت و دولت کمک زیادی انجام می‌دهد. نوع مدیریت استفاده‌شده در وزارت بهداشت تا به حال نشان داده است که همیشه کمی‌ها و کاستی‌ها در این وزارت خانه چه در بخش اجرایی و چه در بخش آموزشی بوده است، تا آنجایی که همایش‌ها و کنفرانس‌هایی در زمینه نقد عملکرد دولت در دوره‌های

<sup>۱</sup> Good governance

مختلف در حوزه سلامت و وزارت بهداشت برگزار می‌شود و سالانه تعدادی مقاله در این زمینه در کنفرانس‌ها و مجلات گوناگون به چاپ می‌رسد. البته هر نظریه و هر سیستم مدیریتی که در وزارتخانه اجرا شود دارای محاسن و معایب گوناگون است که باید در جای خود بررسی شوند. اما در ایران و در رابطه نظریه حکمرانی خوب هنوز پژوهش‌های زیادی که بتواند مسئولان و عوامل اجرای را قانع کند تا بتوانند از این نظریه و شاخص‌های موردبررسی در آن استفاده کنند تا به افزایش کارایی و اثربخشی در سازمان‌ها بینجامد، انجام نشده است. لیکن مطالعه ابعاد نظریه حکمرانی در کل بدنه دولت کار درستی نیست، زیرا در ایران دولت بزرگ است و نمی‌توان در رابطه ابعاد نظریه‌های مختلف تحقیقی جامع را انجام داد. بنابراین پژوهشگر با توجه به ضرورت اجرا و مطالعه نظریه حکمرانی خوب و خلأ پژوهش در این زمینه و از طرفی گستردگی کار وزارت بهداشت و تأثیر مستقیم افزایش کارایی و اثربخشی در این وزارت‌خانه در رضایت مردم و از طرفی امکانات اجرایی و منابع مطالعاتی در نظر دارد به مطالعه ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی خوب در وزارت بهداشت با توجه به مبانی نظری حکمرانی خوب و ساختار سازمانی این وزارت‌خانه بپردازد. این ابعاد و مؤلفه‌ها پس از شناسایی در قالب مدل پژوهشی و نظری ارائه خواهد شد تا هم به تقویت مبانی نظری بپردازد و هم بتواند به مسئولان کمک کند تا با سنجش وضعیت موجود حکمرانی در وزارت بهداشت و شناخت کاستی‌ها و رفع آن‌ها به وضعیت مطلوب نزدیک شوند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارزیابی میزان تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران) انجام شده است. برای تحقق این هدف، درصدد پاسخگویی به سوال زیر است:

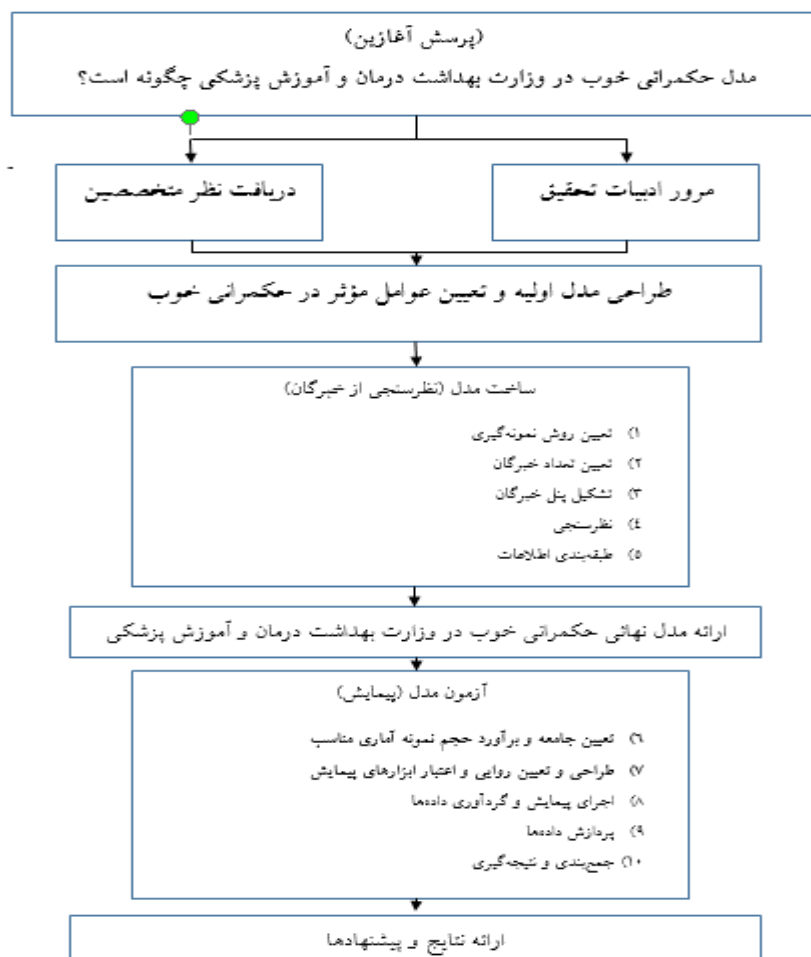
آیا ابعاد مؤثر در تحقق‌پذیری حکمرانی خوب سلامت در وزارت بهداشت (مطالعه موردی در دانشگاه علوم پزشکی تهران) در سطح مناسبی قرار دارد؟

#### روش تحقیق :

تحقیق حاضر از نوع پیوهشهای آمیخته (کمی-کیفی)، و از نظر هدف بنیادی - کاربردی و بر اساس نحوه‌ی گردآوری داده‌ها از نوع روش توصیفی از شاخه پیمایشی و به روش دلفی (برای بومی‌سازی مدل حکمرانی خوب) انجام شده است. برای بخش دلفی، روش نمونه‌گیری قضاوتی توأم با نمونه‌گیری انباشتی (روش گلوله برفی) مورد استفاده قرار گرفته است. در مجموع تعداد ۲۱ نفر به‌عنوان اعضای پانل تخصصی انتخاب شدند و ۲۱ پرسشنامه برای اعضای پانل تخصصی دلفی ارسال شد. ۱۸ عدد از این پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری و ۳ پرسشنامه از طریق ایمیل به اعضای پانل تحویل داده شد و از مجموع این ۲۱ پرسشنامه در مرحله‌ی اول ۲۰ پرسشنامه گردآوری شد. در مرحله دوم توزیع پرسشنامه میان صاحب‌نظرانی که در دور اول پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، اقدام گردید. در این مرحله نیز ۲۰ پرسشنامه جمع‌آوری گردید و نتایج بر اساس آن تحلیل گردید؛ و در مرحله سوم نیز از ۲۰ پرسشنامه ارسالی ۲۰ پرسشنامه دریافت گردید و مورد تحلیل واقع شد. همچنین جامعه آماری این پژوهش، شامل مدیران در دانشگاه علوم پزشکی تهران است که انتخاب مدیران به‌صورت تمام شماری است که از نظرات آن‌ها برای تکمیل پرسشنامه استفاده شد. با کمک فرمول کوکران تعداد مورد نیاز برای نمونه، ۲۶۷ نفر به‌دست آمده که ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شد و ۲۶۷ پرسشنامه از این تعداد به‌صورت صحیح به دست محقق رسیده است که تحلیل نهایی روی این تعداد صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه و مصاحبه استفاده شد. برای بررسی پذیرش یا عدم پذیرش فرضیه‌های مطرح‌شده، سؤالاتی برای هر فرضیه مطرح و در قالب پرسشنامه نسبت به جمع‌آوری اطلاعات از جامعه موردنظر اقدام شد. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده در جامعه‌ای وسیع‌تر و تعمیم‌پذیری یافته‌ها، از روش‌های آمار توصیفی و

استنباطی از طریق نرم‌افزارهای آماری افزارهای Lisrel 10 و SPSS 25 استفاده گردید. فرایند کلی پژوهش و گام‌های اجرایی تحقیق حاضر در نمودار (۱) ارائه شده است:

(پرسش آغازین): مدل حکمرانی خوب در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چگونه است؟



### نمودار ۱. گام‌های اجرایی تحقیق یافته‌ها:

**نتایج روش دلفی:** نتایج دوره‌های سه‌گانه روش دلفی نشان می‌دهند که به دلایل زیر اتفاق نظر میان اعضای پانل حاصل شده است و می‌توان به تکرار دوره‌ها پایان داد: بر اساس جدول (۱)، انحراف معیار پاسخ‌های اعضا درباره میزان اهمیت عوامل از ۱.۳۷ در دوره‌های اول و ۱.۲۸ در دور دوم، به ۱.۱ در دور سوم کاهش یافته است. ضریب هم‌مانگی کندال برای پاسخ‌های اعضا درباره ترتیب عوامل کلیدی و مؤثر بر حکمرانی خوب در وزارت بهداشت در دور سوم ۰.۸۱۶ شده است. با توجه به اینکه تعداد اعضای پانل بیش از ۱۰ نفر بود، این میزان از ضریب کندال کاملاً معنی‌دار به حساب می‌آید (مشایخی، ۱۳۸۴: ۲۰۸). ضریب کندال در دور اول ۰.۶۴۴ و دور دوم ۰.۷۹۷ و در دور سوم ۰.۸۱۶ است. که این اتفاق نظر از مرحله اول تا مرحله سوم افزایش یافته و اتفاق نظر قوی میان خبرگان را ثابت می‌کند.

جدول ۱. مقایسه میزان تأثیر عوامل مؤثر بر حکمرانی خوب در وزارت بهداشت در دوره‌های مختلف

عامل	دور اول دلفی	دور دوم دلفی	دور سوم دلفی
------	--------------	--------------	--------------

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۵.۲	۳۹.۱	۱۱.۴	۱.۱	۹.۴	۴۵.۰	ساختار
۰۵.۲	۳۲.۱	۸۵.۳	۳۱.۱	۸۵.۴	۴۹.۰	فرایند
۹۵.۱	۱۵.۱	۴۵.۳	۲۳.۱	۸.۴	۸۹.۰	منابع
۰۵.۳	۵۰.۱	۴	۲۹.۱	۳۵.۴	۲۷.۱	شفافیت مباحث سازمان
۸۵.۲	۴۹.۱	۴۵.۲	۵۷.۱	۲.۴	۱۱.۱	مبثتی بر شواهد (اسناد)
۲۵.۳	۴۵.۱	۷۵.۳	۴۱.۱	۸.۳	۲۴.۱	رهبری
دور اول دلفی		دور دوم دلفی		دور سوم دلفی		عامل
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۳.۳	۴۲.۱	۴۵.۴	۹۹.۰	۶۵.۳	۲۳.۱	ظرفیت سیستم و عملکرد
۳۷.۱	۷۶.۰	۷۵.۴	۴۴.۰	۲.۳	۱۹.۱	تعامل سازنده با جامعه
۱۵.۳	۴۹.۱	۲۵.۲	۴۵.۱	۸.۲	۷۹.۱	پاسخگویی
۱	۴۷.۱	۸.۱	۲۸.۱	۲.۲	۳۲.۱	توسعه ارائه خدمات سلامت
۲۷.۱	۴۵.۱	۷.۱	۱۳.۱	۱.۲	۳۷.۱	آزادی عمل نسبی در توسعه بازار خدمات سلامت
۹.۲	۴۵.۱	۳	۲۶.۱	۲	۲۶.۱	نحوه ارائه و تحویل خدمات
۳	۴۹.۱	۹.۲	۳۳.۱	۹۵.۱	۳۶.۱	صدای بیماران و مراجعین
۹۵.۲	۴۳.۱	۴.۲	۵۷.۱	۷۴.۱	۸۷.۰	کارایی و اثربخشی سازمان
۱.۱	۴۹.۱	۳.۳	۱۷.۱	۶۸.۱	۹۵.۰	مدیریت اطلاعات
۸۵.۱	۹۹.۰	۱.۳	۳۷.۱	۴.۱	۹۴.۰	مدیریت امکانات

پس از بررسی عوامل مؤثر حکمرانی خوب در وزارت بهداشت ازن ظر خبرگان این فن، به بررسی جامعه و نمونه آماری پرداخته شد. ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌دهندگان در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان

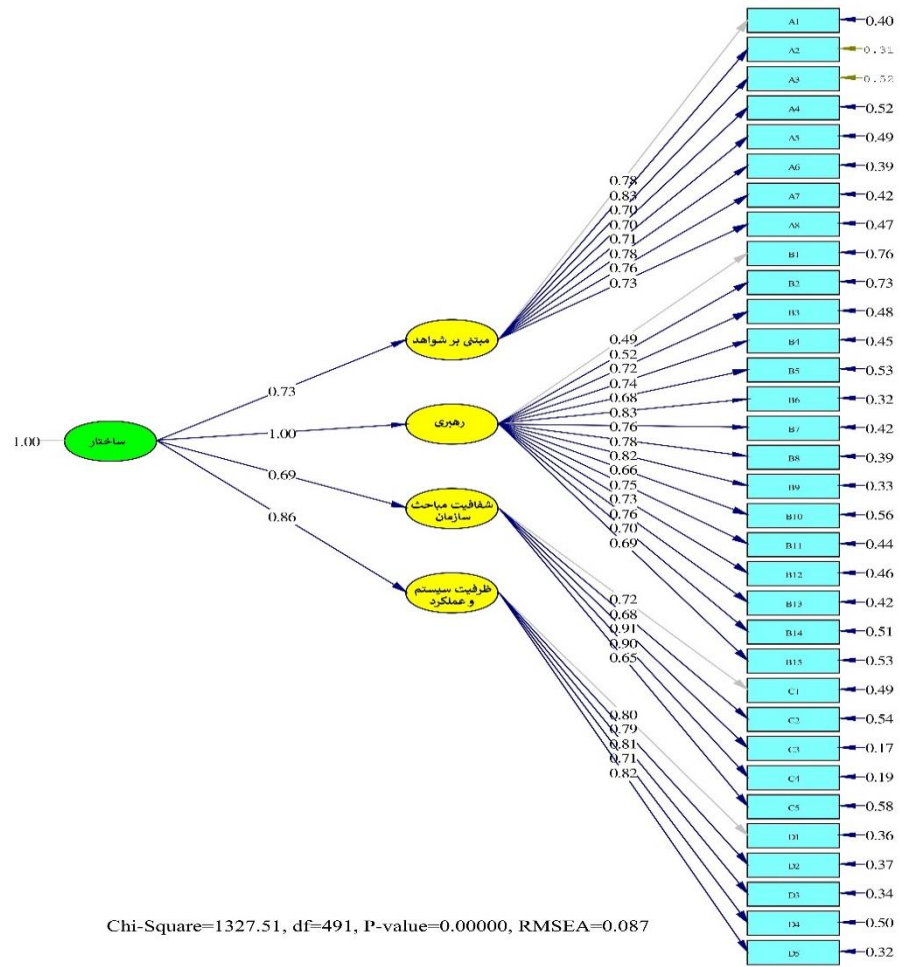
ویژگی	مؤلفه	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۵۶	۵۸٪
	زن	۱۱۱	۴۲٪
سن	زیر ۲۵ سال	۳	۱٪
	۲۶ تا ۳۵ سال	۵۲	۱۹٪
	۳۶ تا ۴۵ سال	۱۶۲	۶۱٪
	۴۶ تا ۵۵ سال	۳۱	۱۲٪
	بالاتر از ۵۶ سال	۱۹	۷٪
میزان تحصیلات	کارشناسی	۱۰۷	۴۰٪
	کارشناسی ارشد	۸۱	۳۱٪
	دکتری	۷۹	۲۹٪
میزان سنوات	زیر ۵ سال	۳	۱٪
	۶ تا ۱۰ سال	۶۷	۲۵٪
	۱۱ تا ۱۵ سال	۱۶۰	۶۰٪
	۱۶ تا ۲۰ سال	۲۲	۸٪
	بیشتر از ۲۰ سال	۱۵	۶٪

#### تحلیل عاملی تأییدی متغیرهای تحقیق

در تجزیه و تحلیل استنباطی، پیش از آزمون فرضیه‌ها می‌بایست با استفاده از آزمون تحلیل عاملی تأییدی روایی سازه را مورد آزمون قرار داد.

#### • تحلیل عاملی تأییدی مدل ساختار

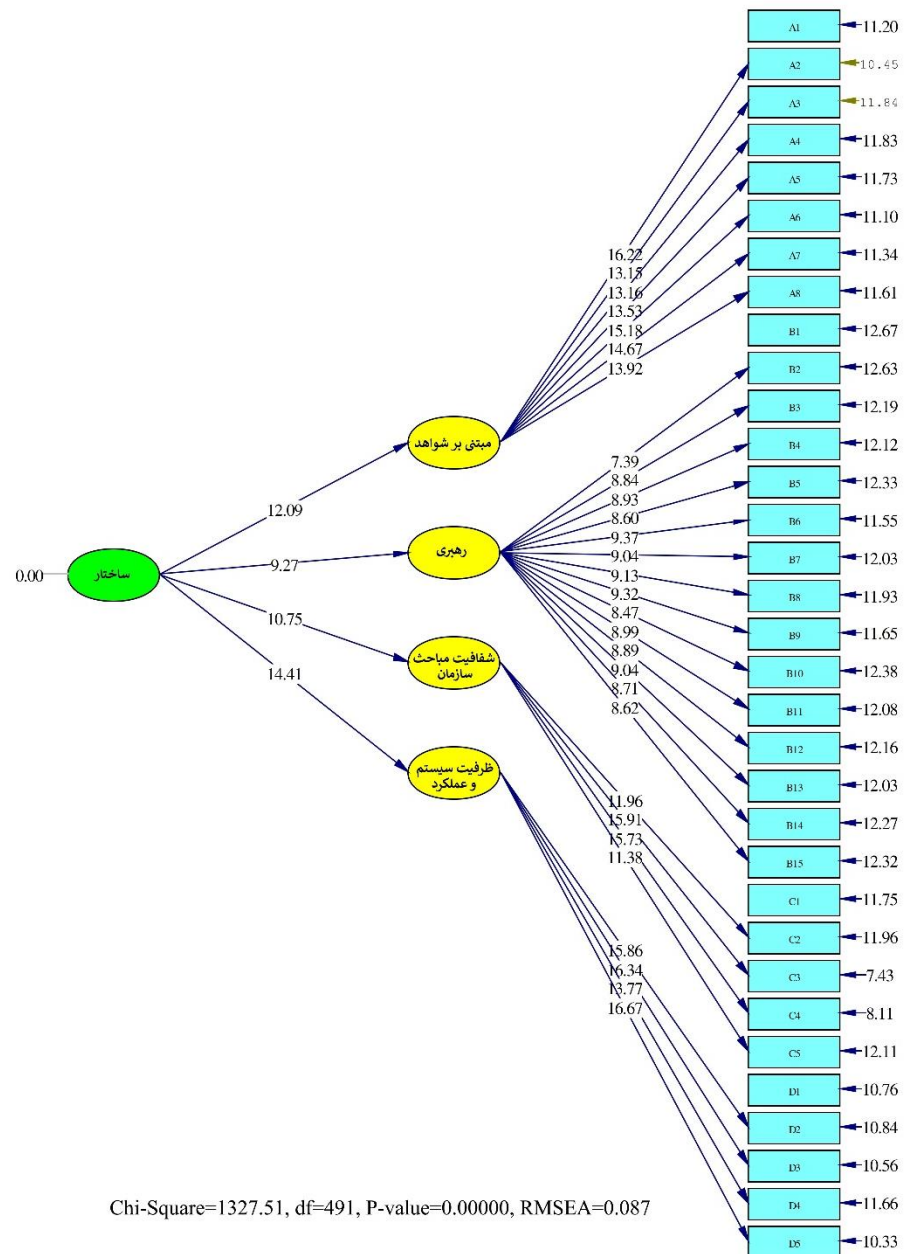
شکل (۱) مدل تحلیل عاملی تأییدی دوسطحی را در حالت تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این مدل متغیر ساختار از ۴ مؤلفه ۱- مبتنی بر شواهد، ۲- رهبری، ۳- شفافیت مباحث سازمان و ۴- ظرفیت سیستم و عملکرد تشکیل شده است. در این نمودار اعداد و یا ضرایب به دو دسته تقسیم می‌شوند. دسته‌ی اول تحت عنوان معادلات اندازه‌گیری مرتبه اول هستند که روابط بین متغیرهای پنهان (مؤلفه‌های ساختار) و آشکار (سؤالات پرسشنامه) هست (روابط بین بیضی و مستطیل)، این معادلات را اصطلاحاً بارهای عاملی مرتبه اول گویند. دسته‌ی دوم معادلات ساختاری یا معادلات اندازه‌گیری مرتبه دوم هستند که روابط میان ساختار و ۴ مؤلفه اصلی خود می‌باشند و ضرایب مسیر یا بارهای عاملی مرتبه دوم نامیده می‌شوند.



شکل ۱. مدل ساختار در حالت تخمین ضرایب استاندارد

شکل (۲) مدل در واقع تمامی معادلات اندازه‌گیری (بارهای عاملی) و معادلات ساختاری (بارهای عاملی مرتبه دوم) را با استفاده از آماره  $t$ ، آزمون می‌کند. بر طبق این مدل، بار عاملی و ضریب مسیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار هست اگر مقدار آماره  $t$  خارج بازه  $-۱/۹۶$  تا  $+۱/۹۶$  قرار گیرد.



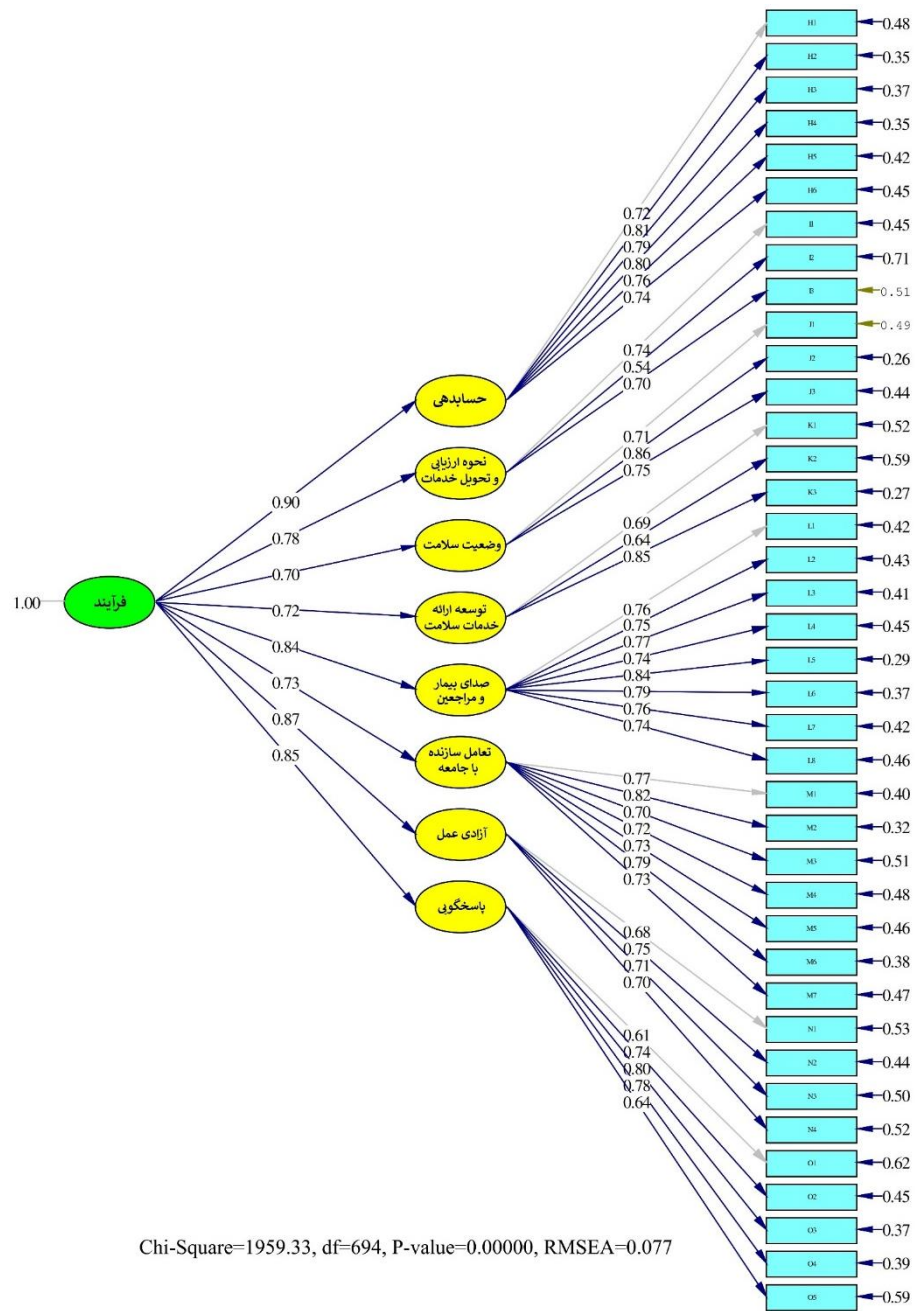


شکل ۲. مدل ساختار در حالت معنی داری ضرایب

• تحلیل عاملی تأییدی مدل فرآیند

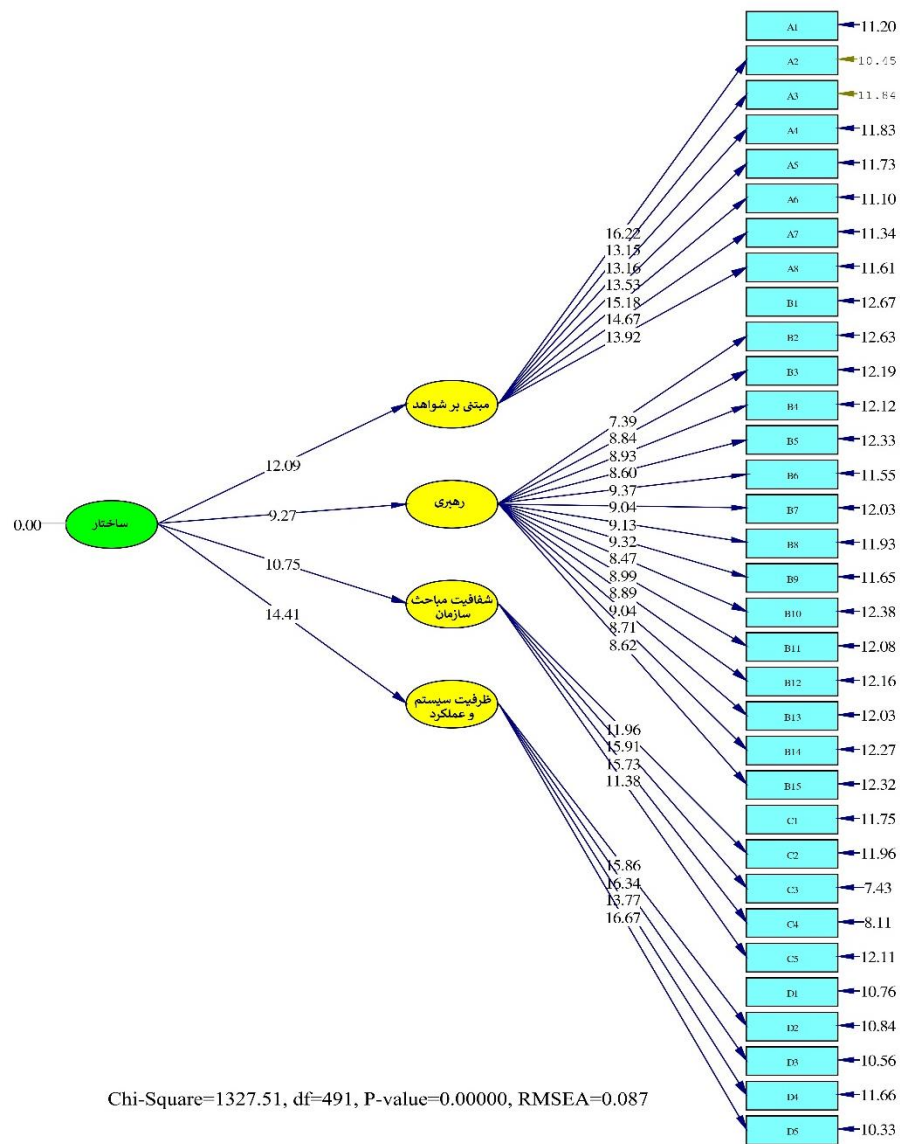
شکل (۳) مدل تحلیل عاملی تأییدی دوسطحی را در حالت تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این مدل متغیر فرآیند از ۸ مؤلفه ۱-حساب دهی، ۲-نحوه ارائه و تحویل خدمات، ۳- توسعه ارائه خدمات سلامت، ۴-صدای بیمار و مراجعین، ۵-تعامل سازنده با جامعه، ۶-آزادی عمل، ۷- پاسنگویی و ۸- وضعیت سلامت تشکیل شده است. در این نمودار اعداد و یا ضرایب به دودسته تقسیم می‌شوند. دسته‌ی اول تحت عنوان معادلات اندازه‌گیری مرتبه اول هستند که روابط بین متغیرهای پنهان (مؤلفه‌های فرآیند) و آشکار (سؤالات پرسشنامه) هست (روابط بین بیضی و مستطیل)، این معادلات را اصطلاحاً بارهای عاملی مرتبه اول گویند. دسته‌ی دوم معادلات فرآیندی یا معادلات

اندازه‌گیری مرتبه دوم هستند که روابط میان فرآیند و ۸ مؤلفه اصلی خود می‌باشند و ضرایب مسیر یا بارهای عاملی مرتبه دوم نامیده می‌شوند.



شکل ۳. مدل فرآیند در حالت تخمین ضرایب استاندارد

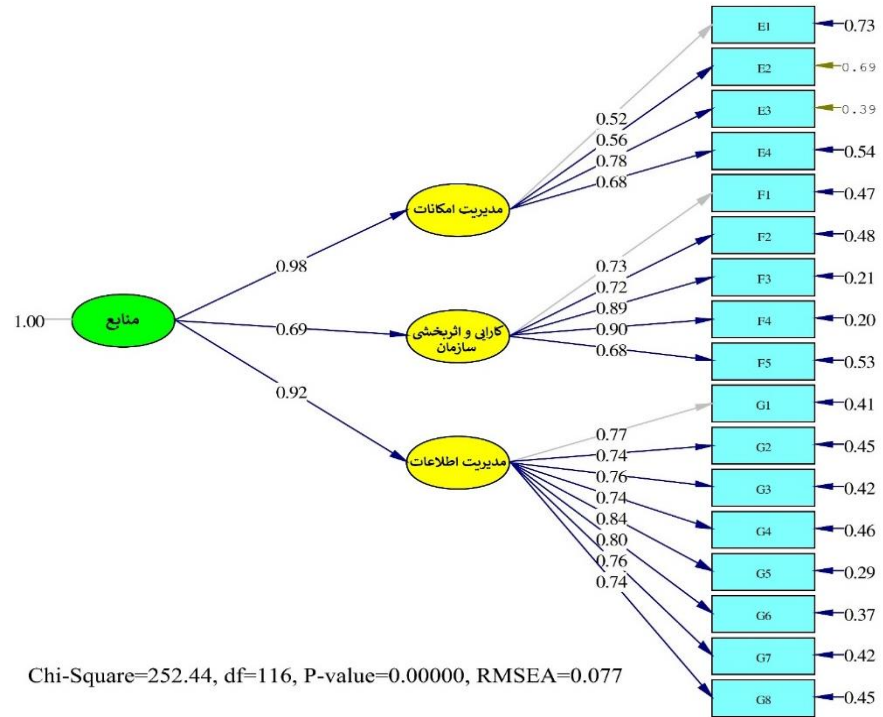
مدل (۴) در واقع تمامی معادلات اندازه‌گیری (بارهای عاملی) و معادلات فرآیندی (بارهای عاملی مرتبه دوم) را با استفاده از آماره  $t$  آزمون می‌کند. بر طبق این مدل، بار عاملی و ضریب مسیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار هست اگر مقدار آماره  $t$  خارج بازه  $-1/96$  تا  $+1/96$  قرار گیرد.



شکل ۴. مدل ساختار در حالت معنی‌داری ضرایب

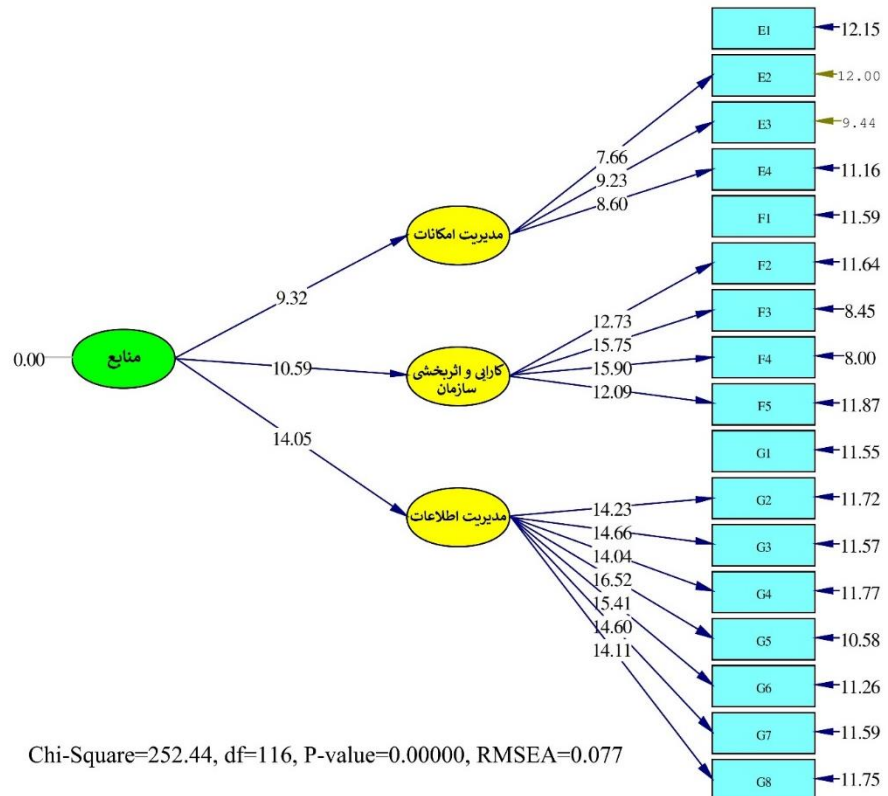
### تحلیل عاملی تأییدی مدل منابع

شکل (۵) مدل تحلیل عاملی تأییدی دوسطحی را در حالت تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این مدل متغیر منابع از ۳ مؤلفه ۱-مدیریت امکانات، ۲-کارایی و اثربخشی سازمان و ۳-مدیریت اطلاعات تشکیل شده است. در این نمودار اعداد و یا ضرایب به دودسته تقسیم می‌شوند. دسته‌ی اول تحت عنوان معادلات اندازه‌گیری مرتبه اول هستند که روابط بین متغیرهای پنهان (مؤلفه‌های منابع) و آشکار (سؤالات پرسشنامه) هست (روابط بین بیضی و مستطیل)، این معادلات را اصطلاحاً بارهای عاملی ۱ مرتبه اول گویند. دسته‌ی دوم معادلات منابعی یا معادلات اندازه‌گیری مرتبه دوم هستند که روابط میان منابع و ۳ مؤلفه اصلی خود می‌باشند و ضرایب مسیر یا بارهای عاملی مرتبه دوم نامیده می‌شوند.



شکل ۵. مدل منابع در حالت تخمین ضرایب استاندارد

مدل (۶) در واقع تمامی معادلات اندازه گیری (بارهای عاملی) و معادلات منابعی (بارهای عاملی مرتبه دوم) را با استفاده از آماره  $t$ ، آزمون می کند. بر طبق این مدل، بار عاملی و ضریب مسیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار هست اگر مقدار آماره  $t$  خارج بازه  $-1/96$  تا  $+1/96$  قرار گیرد.



## اثر متغیرهای جمعیت شناختی بر مولفه‌های حکمرانی خوب

برای بررسی اثر متغیرهای جمعیت شناختی بر مولفه‌های حکمرانی خوب از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید:

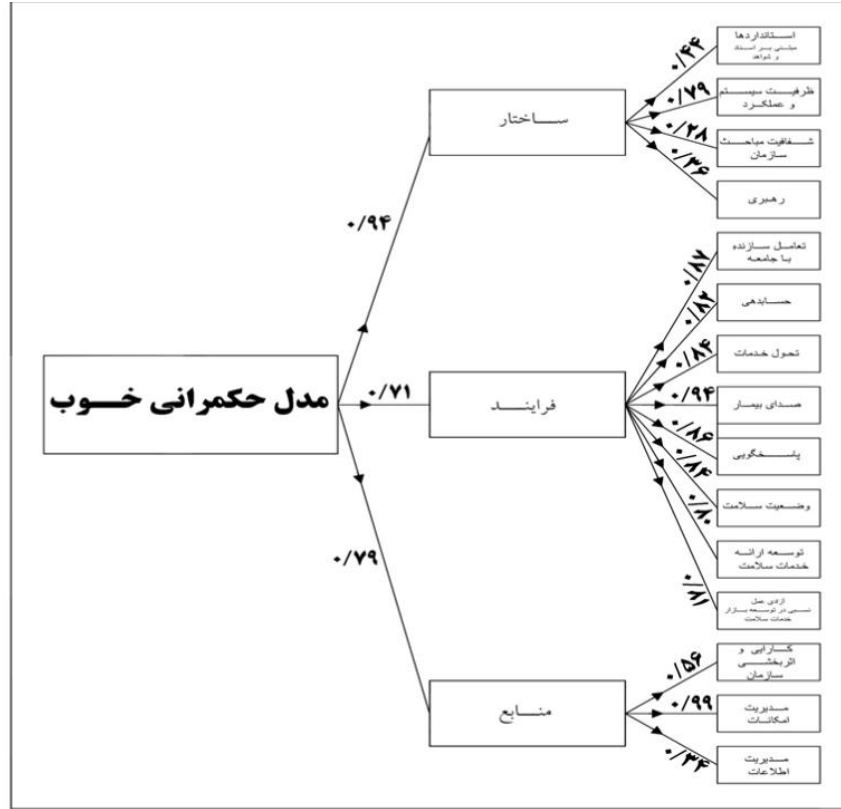
جنسیت: مقدار آماره  $F$  مربوط به تمامی مؤلفه‌ها به جز رهبری کوچک‌تر از مقدار آماره جدول بوده است (سطح معناداری از مقدار خطا (۵٪) بزرگ‌تر شده است) و لذا فرض صفر (برابری میانگین‌ها در دو گروه مردان و زنان رد نشده است و فرض مخالف (متفاوت بودن میانگین‌ها) رد گردیده است. برای مؤلفه رهبری مقدار آماره  $F$  بزرگ‌تر از مقدار آماره جدول بوده است (سطح معناداری از مقدار خطا (۵٪) کمتر شده است) و لذا فرض صفر (برابری میانگین‌ها در دو گروه مردان و زنان رد شده است و فرض مخالف (متفاوت بودن میانگین‌ها) تأیید گردیده است. و بین ارزیابی زنان و مردان نسبت به مؤلفه رهبری تفاوت وجود دارد. مقدار میانگین نشان می‌دهد ارزیابی زنان از رهبری نسبت به ارزیابی مردان مطلوب‌تر بوده است.

سن: با توجه به اینکه مقدار آماره  $F$  مربوط به تمامی مؤلفه‌ها کوچک‌تر از مقدار آماره جدول بوده است (سطح معناداری از مقدار خطا (۵٪) بزرگ‌تر شده است) و لذا فرض صفر (برابری میانگین‌ها در تمامی گروه‌های سنی رد نشده است و فرض مخالف (متفاوت بودن میانگین‌ها) رد گردیده است. و در نتیجه سن تأثیر معناداری بر هیچ‌کدام از مؤلفه‌ها نداشته است یعنی بین افراد با سنین مختلف اختلاف دیدگاه وجود نداشته است.

تحصیلات: مقدار آماره  $F$  مربوط به تمامی مؤلفه‌ها کوچک‌تر از مقدار آماره جدول بوده است (سطح معناداری از مقدار خطا (۵٪) بزرگ‌تر شده است) و لذا فرض صفر (برابری میانگین‌ها در تمامی گروه‌های تحصیلی رد نشده است و فرض مخالف (متفاوت بودن میانگین‌ها) رد گردیده است. و در نتیجه تحصیلات تأثیر معناداری بر هیچ‌کدام از مؤلفه‌ها نداشته است یعنی بین افراد با تحصیلات مختلف اختلاف دیدگاه وجود نداشته است.

سابقه کاری: مقدار آماره  $F$  مربوط به تمامی مؤلفه‌ها کوچک‌تر از مقدار آماره جدول بوده است (سطح معناداری از مقدار خطا (۵٪) بزرگ‌تر شده است) و لذا فرض صفر (برابری میانگین‌ها در تمامی گروه‌های سوابق کاری رد نشده است و فرض مخالف (متفاوت بودن میانگین‌ها) رد گردیده است. و در نتیجه سابقه کاری تأثیر معناداری بر هیچ‌کدام از مؤلفه‌ها نداشته است یعنی بین افراد با سوابق کاری مختلف اختلاف دیدگاه وجود نداشته است.

با توجه به جمع‌آوری داده‌های بالا مدل نهایی تحقیق به صورت زیر مشخص می‌گردد:



شکل ۷. مدل نهایی تحقیق

## جمع بندی و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامتی برای افراد، امروزه تعریف و توجه به مقوله عدالت و برابری نیز بیشتر معطوف به عدالت در برخورداری افراد از سلامتی خود و همچنین حمایت اجتماعی از مسائل مالی مرتبط با بروز مشکلات سلامتی شده است و توجه به تعیین کننده های سلامت از مهم ترین موضوعات مطالعاتی در جهان است. در این میان مشکلات اجتماعی مورد توجه ویژه است. چراکه اولاً باعث افزایش بیماری های روانی و روحی می شود و ثانیاً همین مشکلات روحی و روانی ریشه بسیاری از بیماری های جسمی نیز است. از طرفی از آنجایی که سلامت فرد باید در ابعاد مختلف تأمین و دیدگاه های متفاوت به نقش وی به گونه ای معطوف شود که جایگاه واقعی خود را بیابد. لذا توجه به سلامت این قشر از جامعه و حمایت های اجتماعی از آنان و توجه به سلامتشان امری ضروری می نماید. اما متأسفانه با وجود برگزاری اجلاس ها و تحولات به وجود آمده در خط مشی ها و سیاست های سلامت افراد در سطح بین الملل، هنوز کاستی های زیادی نسبت به این قشر آسیب دیده و آسیب پذیری دیده می شود.

رویکرد کلی این مقاله، معطوف به تأثیر شاخص حکمرانی خوب بر روی کیفیت زندگی و سلامت است. در این مطالعه با استفاده از داده های کشورهای با درآمد متوسط به بالا و با رویکرد داده های تابلویی پویا، مدل های هدف مورد برآورد قرار گرفت. فرضیه اساسی این تحقیق این بود که میان میانگین شاخص های حکمرانی خوب و سلامت افراد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ که یافته ها نشان دهنده وجود رابطه مثبت و معنی داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد میان این دو متغیر است و فرضیه اول را تأیید می کنند. مبانی نظری و پیشینه پژوهش مطالعه حاضر نیز بیانگر ارتباط قوی میان حکمرانی خوب به عنوان عامل اجتماعی مؤثر بر سطح سلامت و کیفیت زندگی است.

این فرضیه همچنین یافته های تحقیقات پیشین را مورد تأیید قرار می دهد و با مطالعاتی از قبیل دانایی فرد و همکاران (۱۳۹۲) و هلیول و هوانگ همخوانی دارد. لذا بهبود شاخص حکمرانی خوب باید در اولویت توجه سیاستمداران و برنامه ریزان و کارشناسان و مسئولین امر قرار گیرد. شاخص حکمرانی خوب مفهومی جامعه شناسی است که در تجارت، اقتصاد، علوم انسانی و بهداشت عمومی جهت اشاره به ارتباطات درون و مابین گروهی از آن استفاده می شود. ایده اصلی این است که شبکه های اجتماعی دارای ارزش هستند. همان طور که سرمایه فیزیکی با تحصیلات دانشگاهی (سرمایه انسانی) هم به صورت فردی و هم در شکل جمعی می توانند موجب افزایش بهره وری شوند، ارتباطات اجتماعی با پیوند صحیح بین منابع انسانی و فیزیکی، بر بهره وری افراد و گروه ها تأثیر می گذارند، یعنی انسان های باسواد و سالم زمانی می توانند از سرمایه های فیزیکی با کارترین مسیر بهره برده و جامعه را به سوی توسعه هدایت کننده که روابط سالم اجتماعی در آن جامعه حاکم باشد، در غیر این صورت هم سرمایه های انسانی و هم سرمایه های فیزیکی در جامعه به هدر خواهند رفت. به عنوان مثال وجود فساد در جامعه باعث می شود از توان نخبگان در جهت مدیریت صحیح سرمایه ها فیزیکی استفاده نگردد.

با توجه به تعاریف حکمرانی خوب در این مقاله از شش شاخص پاسخگویی، مشارکت مردمی در مدیریت جامعه، کنترل فساد، کیفیت مقررات حاکمیت قانون و ثبات سیاسی استفاده شده است. این شش شاخص در بسیاری از مطالعات به عنوان مهم ترین سرمایه های اجتماعی استفاده گردیده است. بنابراین از متوسط این شش، شاخص حکمرانی خوب در این مطالعه محاسبه و در برآورد مدل ها بهره برداری شده است. همچنین بهبود شاخص های حکمرانی خوب منجر به مشارکت بیشتر افراد در جامعه (مانند بازار کار و آموزش) شده و سلامت و به تبع آن کیفیت زندگی آنان را ارتقا

می‌بخشد، لذا برای بهره‌مندی از پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های این گروه، برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های لازم برای ارتقای این شاخص‌ها انجام پذیرد.

در نهایت از مجموعه نتایج بالا می‌توان گفت، بهبود شاخص‌های اجتماعی و حکمرانی باید در اولویت توجه سیاستمداران و برنامه‌ریزان حوزه توسعه کشور قرار گیرد. وقتی در جامعه قانون حکم‌فرما باشد بی‌عدالتی وجود نخواهد داشت. همچنین با کنترل شدید فساد، از همه ظرفیت‌های انسانی به بهترین نحو استفاده‌شده و موجب رضایت عمومی خواهد شد. مشارکت عمومی در مدیریت کشور آرامش روحی و روانی زیادی را به همراه خواهد داشت. مشارکت زنان همراه مردان در تمامی زمینه‌ها نیز نشان‌دهنده پذیرش برابری ارزش انسانی همه‌آحاد جامعه است که با هم‌دیگر در امور مختلف همکاری نموده و از طریق آن دست به تحول می‌زنند که برای آینده کل جامعه می‌تواند مفید باشد و به بهبود کیفیت زندگی بیانجامد. می‌توان امید داشت توسعه سیستم سلامت به نحوی صورت پذیرد که در مدیریت و کنترل منافع و پیامدهای سیستم، مسئله جنسیت مطرح نباشد و زن و مرد به میزان توانمندی و مشارکت خود در تصمیم‌گیری و عملکرد سیستم و اثربخشی مدیریت آن تأثیرگذار و سهیم باشند.



## منابع

- جاسبی، ج. و نفری، ن. (۱۳۸۸). طراحی الگوی حکمرانی خوب بر پایه نظریه سیستم باز. فصلنامه علوم مدیریت ایران. سال چهارم. شماره ۱۶: ص ۸۵-۱۱۷.
- دادگر، ی. (۱۳۸۳). تاریخ تحولات اندیشه اقتصادی (آزمونی مجدد). قم: انتشارات دانشگاه مفید. ص ۵۴۶.
- رفیعیان، م. و حسین پور، ع. (۱۳۹۰). حکمرانی خوب شهری از منظر نظریات شهرسازی. تهران: انتشارات طحان. چاپ اول. ص ۹۱.
- صامتی، م. (۱۳۹۰). مطالعه اثر درآمدهای نفتی بر شاخص حکمرانی خوب در کشورهای منتخب عضو اوپک، فصلنامه علمی پژوهشی، پژوهش‌های رشد و توسعه اقتصادی، سال اول، شماره چهارم، پائیز، ص ۱۸۳ تا ۲۲۳.
- مشایخی، ع.، فرهنگی، ع.ا.، مؤمنی، م. و علیدوستی، س. (۱۳۸۴). بررسی عوامل کلیدی مؤثر بر کاربرد فناوری اطلاعات در سازمان‌های دولتی ایران: کاربرد روش دلفی، فصلنامه مدرس علوم انسانی، ویژه‌نامه مدیریت، پاییز، ۱۹۱-۲۳۲.
- نوبری، ن. و رحیمی، م. (۱۳۸۹). حکمرانی خوب شهری یک ضرورت تردیدناپذیر. مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران. دانش شهر. شماره ۱۱. ص ۶.