

بررسی اثر حکمرانی خوب بر سلامت زنان در کشورهای با درآمد متوسط به بالا با رویکرد گشتاورهای تعمیم یافته

صمد حکمتی فرید*^۱، یوسف محمدزاده^۲، افسانه حسین زاده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۷ صص ۲۹-۵۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۸

چکیده

حکمرانی خوب یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه بوده و از طریق افزایش سرمایه اجتماعی، گسترش حمایت اجتماعی، بسترسازی برای تامین اشتغال افراد و تامین امنیت و رفاه خانوارها به صورت مستقیم بر سلامت روانی و جسمانی افراد مؤثر می‌باشد. اهمیت این مساله در گروه جنسیتی زنان با توجه به حساسیت سلامت آن‌ها به عوامل محیطی دو چندان می‌شود. لذا با توجه به اهمیت موضوع در این پژوهش رابطه شاخص‌های حکمرانی با سلامت زنان (امید به زندگی، مرگومیر و سایر شاخص‌های مربوط به سلامت جسمی و اجتماعی) در کشورهای با درآمد متوسط به بالا با رویکرد گشتاورهای تعمیم یافته برای دوره‌ی زمانی (۲۰۱۳-۲۰۰۲) بررسی شده است. نتایج حاکی از آن است، در کشورهایی که شاخص‌های حکمرانی در سطح بالاتری قرار دارد، جمعیت زنان سالم‌تر بوده و نرخ مرگومیر در آن‌ها کمتر و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها 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 زنان و نرخ باروری و بیکاری زنان رابطه منفی و معنی‌دار با امید به زندگی و رابطه مثبت و معنی‌دار با مرگومیرشان دارند.

کلمات کلیدی: حکمرانی خوب، سلامت زنان، کیفیت زندگی

^۱ نویسنده مسئول: دانشیار گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه

^۲ استادیار گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه

^۳ فارغ التحصیل گروه اقتصاد دانشگاه ارومیه

* نویسنده مقاله: Email: s.hekmati@urmia.ac.ir

مقدمه

همه‌ی انسان‌ها از آغاز حیات خود در جستجوی بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی‌شان بوده‌اند، اما در دوران معاصر کیفیت زندگی به موضوع مطالعه‌ی دانشمندان تبدیل شده است، زیرا آن‌ها به این واقعیت پی برده‌اند که آینده جامعه در گرو شناسایی عواملی است که بر شرایط زندگی انسان‌ها تاثیر می‌گذارد (Javaheri et al, 2010, p145). اگرچه داشتن کیفیت زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست، و هزاران سال است که این موضوع ذهن فلاسفه، محققان و دانشمندان را به خود جلب کرده است، اما پس از رشد اقتصادی دهه‌ی ۱۹۶۰ میلادی مورد گسترش قرار گرفت (Heydari, 2012, P52). در واقع به علت پیشرفت‌های فناوری و تاثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، مساله سلامت و عوامل اثرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است، به گونه‌ای که هدف مشترک توسعه در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی بهبود کیفیت زندگی است (Pourafkari & Shokri, 2012, P170). در طی چند دهه گذشته سلامت به عنوان یکی از حقوق انسانی و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است. بدین مفهوم که سلامت برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم بوده و باید در دسترس همه انسان‌ها قرار گیرد. اخیرا نیز مفهوم وسیع‌تری از سلامتی بوجود آمده که شامل بهبود کیفیت زندگی است (Mohammadi et al, 2012, P143). سلامت اساسی‌ترین جز رفاه اجتماعی به شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است (Kawachi et al, 2007, P26). سلامت و سلامت روان از جمله مفاهیمی می‌باشد که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد. به طوریکه سازمان جهانی بهداشت سلامت را در فقدان بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کرد. اما امروزه با تغییر این نگرش و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت فقط بر یک محور که یک‌سوی آن بیماری و دیگر سوی آن سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود (Behzad, 2003, P47)، سلامت و بیماری صرفا موضوعاتی زیست‌شناختی نیستند، بلکه دارای عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز هستند (Tavakkol & Naserirad, 2010, P19). توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از مدتی پیش دو چندان شده است؛ تا جایی که در سال ۲۰۰۵ کمیسیون بین‌المللی بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زیر نظر سازمان جهانی بهداشت تشکیل شد (Fereshtenazhad et al, 2010, P26). سلامت زنان، به دلیل ویژگی‌های بیولوژیکی و نقش باروری آن‌ها و همچنین نقش محوری و اساسی آن‌ها در ارائه مراقبت‌های سلامت در خانواده و جامعه با مردان متفاوت بوده و اهمیت ویژه‌ای دارد. از

¹ Quality of Life

² WHO

این رو یکی از اولویت‌های اساسی سلامت جامعه و اهداف توسعه هزاره‌ی سوم است (Ahmadi & Babashahi, 2012, P29-30). شغل نیز یکی از مهمترین حوزه‌های زندگی محسوب می‌شود، از این رو انتظار می‌رود که وضعیت اشتغال فرد بر سلامت و کیفیت زندگی او تاثیر داشته باشد (Javaheri et al, 2010, P146). از طرفی تامین رفاه و ارتقای استانداردهای زندگی شهروندان و میزان توفیق دولت‌ها در حصول به این هدف، به عنوان یکی از مولفه‌های قدرت‌شان تلقی می‌شود و تضمین بقای اعضای جامعه و تحقق زندگی خوب و سعادت‌مند از وظایف اصلی دولت‌ها محسوب می‌شود، بهبود مولفه‌های حکمرانی خوب منجر به ارتقای رفاه ملی، کیفیت زندگی و خوشبختی می‌شود (Danaiefard et al, 2013, P45,47). یافته‌های مطالعه هلیول و هوانگ (Helliwell & Huang, 2008) نیز گویای وجود رابطه قوی میان حکمرانی خوب و رضایت از زندگی در کشورها می‌باشد. لذا می‌توان اظهار داشت یکی از دلایل اهمیت پرداختن به حکمرانی خوب تاثیر آن بر سلامت و رفاه جامعه و کیفیت زندگی می‌باشد. زیرا بهبود هر یک از مولفه‌های حکمرانی مستقیماً سلامت و کیفیت زندگی مردم کشور را ارتقا می‌دهد.

منطق این موضوع بر پایه این استدلال بنا شده که در جوامعی که دولت کارآمد و پاسخگو باشد، شهروندان نیز قانون‌گرا خواهد شد و ماموران رسمی دولت به اصل منافع عمومی تعهد دارند و کمتر دچار فساد سیاسی می‌شوند (Pourafkari & Shokri, 2012, P173) و مطابق مطالعه وین (Vian, 2008) نیز کاهش فساد بستری برای افزایش امید به زندگی افراد فراهم می‌کند.

بنابراین حکمرانی خوب به عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی و به تبع آن رفاه افراد جامعه مطرح شده است و این مفهوم می‌تواند با هر حوزه‌ی اجتماعی رابطه‌ای معنادار داشته باشد. کیفیت زندگی به عوامل زیادی از جمله اشتغال، درآمد مناسب، دسترسی به خدمات آموزش و بهداشت، سلامت، محیط طبیعی، امنیت و انجمن‌های قوی وابسته است (Heydari, 2012, P52)، اما به نظر می‌رسد سلامت و اشتغال محورهای اصلی کیفیت زندگی می‌باشند و به نوعی بقیه محورها را نیز پوشش می‌دهند. اهمیت سلامت و به‌ویژه سلامت زنان بر کسی پوشیده نیست. چراکه نقش حساس زن در رشد و پویایی و اعتلای خانواده و جامعه، توجه به نیازهای جسمی، روحی و اجتماعی این قشر از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه خاصی را می‌طلبد. لذا در این مطالعه ارتباط میان شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت زنان (امید به زندگی، مرگ‌ومیر و سایر شاخص‌های مربوط به سلامت جسمی و اجتماعی زنان) بررسی می‌شود و توجه بر این بحث معطوف می‌شود که حکمرانی از چه مکانیزم‌هایی بر روی سلامت و کیفیت زندگی زنان اثر می‌گذارد؟ بر این اساس مبانی نظری این مطالعه به دو بخش عمده تعریف مفاهیم و پارامترهای اساسی مطالعه

حاضر (حکمرانی خوب، کیفیت زندگی و شاخص سلامت) و بررسی ادبیات نظری مکانیزم‌های تاثیرگذاری حکمرانی خوب بر کیفیت زندگی زنان قابل طبقه‌بندی است.

بانک جهانی^۱ حکمرانی را فرآیند اعمال قدرت بر مدیریت اقتصادی و منابع اجتماعی هر کشور برای رسیدن به توسعه دانسته است. نظریه حکمرانی خوب را نیز نخستین بار بانک جهانی در سال ۱۹۸۹ مطرح کرد (Tabarsa et al, 2015, P177, 180). بانک جهانی، حکمرانی خوب را بر اساس شش شاخص حق اظهارنظر و پاسخگویی^۲، ثبات سیاسی و عدم خشونت^۳، اثربخشی دولت^۴، کیفیت مقررات^۵، حاکمیت قانون^۶ و مبارزه با فساد^۷ تعریف می‌کند.

سلامت چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی، مهمترین جنبه از مسائل حیات انسانی است (Rastgar et al, 2015, P79). مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۸ سلامت عبارت است از یک حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود. شایان ذکر است در این مطالعه دو متغیر امید به زندگی و میزان نرخ مرگ‌ومیر به‌عنوان شاخص‌های سلامت در نظر گرفته شده است؛ چراکه امید به زندگی در کنار میزان‌های مرگ‌ومیر، از شاخص‌های مهم و بیانگر وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی می‌باشد (Fereshtenazhad et al, 2010, P25).

کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی، متأثر از زمان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است (Panahi & Fatehizadeh, 2014, P142). در واقع کیفیت زندگی احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود دارد (Javaheri et al, 2010, P145).

ادبیات نظری حکمرانی، گویای گستردگی این مفهوم و اثرگذاری آن بر سلامت و کیفیت زندگی از کانال‌های مختلفی می‌باشد که در این مطالعه به بیان برخی از این کانال‌ها می‌پردازیم. سرمایه اجتماعی یکی از کانال‌هایی است که حکمرانی خوب به واسطه آن بر سلامت و کیفیت زندگی اثرگذار می‌باشد. استقرار حکمرانی خوب در جامعه، تاثیر درخور توجهی بر سرمایه اجتماعی می‌گذارد. این امر اقدامات و تعاملات افراد را تسهیل می‌کند و موجبات پویایی جامعه را فراهم می‌آورد (Tabarsa et al, 2015, P194). سرمایه اجتماعی یکی از متغیرهای مهم تاثیرگذار در بهزیستی و

¹ WDI

² Voice & Accountability

³ Political & Violence instability

⁴ Governance Effectiveness

⁵ Regulatory Quality

⁶ Rule of Law

⁷ Control of Corruption

⁸ WHO

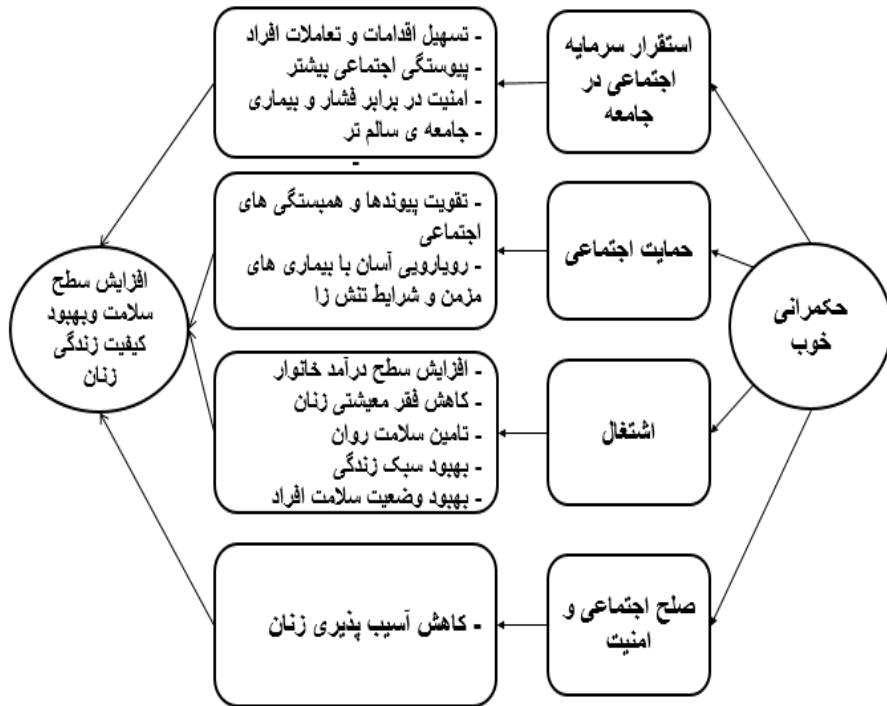
سلامت جامعه (Seydan & Abdossamadi, 2011. P.229) و به عنوان یک عامل مهم تعیین کننده کیفیت زندگی محسوب می شود (Karimzadeh et al, 2013. P.270). سرمایه اجتماعی به عنوان یک مکانیسم روانشناختی در فراهم سازی امنیت در برابر فشار و بیماری، همانند ضربه گیر عمل می کند (Pohchin, 2006. P.30). در واقع هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم تر است (Behzad, 2003. P.48) و افراد دارای شبکه های قوی از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردارند (Pourafkari & Shokri, 2012. P.175). مطالعات داخلی و خارجی بسیاری از جمله (Behzad, 2003; Seydan & Abdossamadi, 2011; Abbaszadeh et al, 2013; Yamaoka, 2008; Perry et al, 2008; Pitkin & Varda, 2009; Berry & Welsh, 2010) عنوان کرده اند سرمایه اجتماعی می تواند یکی از عوامل تعیین کننده در شاخص سلامت افراد جامعه باشد. سرمایه اجتماعی علی الخصوص عامل تعیین کننده در سلامت روانی و روحی افراد بوده و سلامت روانی افراد نیز در تعیین سلامت جسمی آن ها نقش مهمی ایفا می کند.

از طرفی جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی و اجتماعی قرار دارند (Abbaszadeh et al, 2013. P.130, 132) و سرمایه اجتماعی نقش مهمی در ارتقای سلامت ایشان ایفا می کند.

حمایت اجتماعی نیز بستری مناسب برای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی است. همانطور که اشاره شد استقرار حکمرانی خوب بر سرمایه اجتماعی تاثیر قابل توجهی دارد، لذا می تواند بر حمایت اجتماعی نیز تاثیرگذار باشد چرا که حمایت اجتماعی یکی از زیرمجموعه های سرمایه اجتماعی است (Abbaszadeh et al, 2013. P.131) و از عواملی است که در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارد. حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می شود، درک می گردد و نیرومندترین نیروی مقابله ای، برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با بیماری های مزمن و شرایط تنش زا شناخته شده و در نهایت بر کیفیت زندگی اثر مثبت و مستقیم خواهد داشت (Mogaddam et al, 2014. P.635). بنابراین سلامت زنان به دلیل آسیب پذیری این قشر، ارتباط نزدیکی با پیوندها و همبستگی های اجتماعی دارد و از سویی دیگر حکمرانی خوب بستری برای تقویت این پیوندها و فعالیت های مدنی و گروهی می باشد. لذا بهبود شاخص های حکمرانی می تواند سلامت زنان را ارتقا دهد.

اشتغال بستر و کانال دیگری است که حکمرانی توسط آن بر سلامت و کیفیت زندگی تاثیر می گذارد. بسیاری از اقتصاددانان معتقدند بهبود شاخص های حکمرانی خوب یک مولفه اساسی برای رشد اشتغال مستمر و با ثبات است. حکمرانان در کشورهای موفق از طریق بهبود مولفه های حکمرانی موجب تحریک انگیزه های سرمایه گذاری و افزایش اشتغال می شوند (Shahabadi et

al,2013.P161). اشتغال زنان، سبک زندگی آنان را در بعد فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی عاطفی، سلامت، تغذیه و ... تغییر می‌دهد (Zarea & Khalouie,2016.P14). لذا یکی از جنبه‌های اجتماعی اثرگذار بر سلامت افراد، حرفه و شغل می‌باشد (Haddadi,2011.P108). اگر سلامتی یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی در نظر گرفته شود، می‌توان بیان کرد که میان شغل فرد و سلامت ارتباط وجود دارد. زیرا اشتغال، منابع ضروری برای سلامت انسان را فراهم می‌سازد. همچنین اشتغال از طریق افزایش سطح درآمد خانواده می‌تواند فقر معیشتی زنان را تقلیل دهد و از این‌رو در تأمین سلامت روانی که بخشی از کیفیت زندگی آنان است، نقشی موثر خواهد داشت (Javaheri et al,2010.P148,150). اثر حکمرانی خوب بر سلامت و کیفیت زندگی زنان از کانال امنیت نیز قابل دفاع است. امروزه نگاه به مسائل و آسیب‌های امنیتی می‌تواند از زوایای مختلفی صورت پذیرد که بخش عمده آن گریبان‌گیر زنان جامعه که نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند می‌باشد (Niazi et al,2011.P132)، در واقع زنان به علت موقعیت ویژه‌ی اجتماعی و فیزیولوژیکی به شدت زندگی اجتماعی‌شان وابسته به احساس امنیت ایشان است (Sanatkhah,2016.P145). حکمرانی خوب می‌تواند صلح اجتماعی و امنیت را در پی داشته باشد (Genyi,2013.P61) و احساس امنیت اجتماعی به افزایش سطح سلامت عمومی منجر می‌شود (Moamenabadi et al,2014.P.252). بطور کلی احساس امنیت جزو ابتدایی‌ترین نیازهای انسانی است، این نیاز اولیه تأثیر بسزایی در تعیین سطح کیفیت زندگی دارد و از آنجا که زنان جزو گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند طبیعی است که بیشتر از دیگر گروه‌های جمعیتی تحت تأثیر این مقوله باشند. زنان در مقایسه با مردان نسبت به وجود ناامنی در جامعه آسیب‌پذیرترند، بنابراین وضعیت زندگی آنان وابستگی بیشتری به وجود امنیت در جامعه دارد و احساس امنیت بالاتر در زنان با میزان بالاتر کیفیت زندگی آنان همراه است (Mohammadi et al,2012.P147,151-152). بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن نیز منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد (Effati et al,2012.P60). پس از مرور نظرات مرتبط، می‌توان چهارچوب نظری منسجمی ارائه کرد که بتواند بین دو مفهوم حکمرانی خوب و سلامت و کیفیت زندگی زنان ارتباط برقرار کند و این ارتباط را به صورتی روشن توضیح دهد.



نمودار ۱. مدل تحلیلی تحقیق براساس چارچوب نظری

مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته حاکی از آن است که کانون توجه بسیاری از پژوهشگران، موضوع ارتباط حمایت و سرمایه اجتماعی با سلامت و بخصوص سلامت روان و نحوه محاسبه و تشریح شاخص‌های حکمرانی است و تاثیر شاخص حکمرانی خوب بر کیفیت زندگی و سلامت، به ویژه سلامت زنان مورد بررسی قرار نگرفته است.

غفاری و اونق (Ghaffari & Onage, 2006) در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه بین کیفیت نهادها (به عنوان سرمایه اجتماعی) و کیفیت زندگی در سه محله مختلف گنبدکاووس صورت گرفت، نشان دادند که رابطه بین کیفیت نهادها و کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. فدایی و علی بیگی (Fadaiee & Alibeighi, 2011) در پژوهشی به بررسی آسیب‌های روانی مردان جوان ۲۵-۳۵ ساله شاغل و بیکار ساکن شهر تهران پرداخته‌اند. نمونه‌گیری پژوهش ایشان به روش تصادفی طبقه‌ای صورت گرفته است. ۲۲۹ نفر شاغل و ۲۴۸ نفر بیکار ۲۵-۳۵ ساله بیکار ساکن تهران هم‌تا شده برحسب سن، تحصیل و تأهل با واری نام‌های ۹۰ گونه و پرسش‌نامه جمعیت شناختی بررسی شدند. نمره‌ها و میانگین‌های دو گروه با روش t

استیودنت مقایسه گردیده است. و برای شدت و فراوانی نشانه‌های آسیب‌شناسی از مجذور خی استفاده شده است. نتایج حاکی از آنست که فراوانی و شدت نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در بیکاران نسبت به شاغلان در حد معنی‌دار بالاتر است. بیکاری چه عامل یا معلول باشد، در هر دو وجه جوانان بیکار به شغل و درمان روانپزشکی نیازمندند.

سیدان و عبدالصمدی (Seysdan & Abdossamadi, 2011) در پژوهشی به شناسایی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان زنان و مردان با روش پیمایشی و نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر از زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های آموزش و پرورش پرداخته‌اند. یافته‌های پژوهش حاکی از روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن شامل مشارکت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی و اعتماد تعمیم یافته با سلامت روان است.

محمدی و همکاران (Mohammadi et al, 2012) به بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان ۳۵-۱۵ ساله شهر کرمانشاه به وسیله روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و پرسش‌نامه پرداختند. نتایج بیانگر ارتباط مثبت و معنی‌دار بین متغیر احساس امنیت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان می‌باشد.

حقیقتیان (Haghigatian, 2013) در مقاله‌ای به بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی زنان بر کیفیت زندگی ایشان در شهر اصفهان پرداخته است. وی با بکارگیری روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه، از کل زنان ۲۰ ساله، ۵۱۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار داده است. نتایج حاکی از معناداری رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد.

دانایی فرد و همکاران (Danaiefard et al, 2013) به بررسی ارتقای رفاه ملی از منظر بهبود استاندارد کیفیت خدمات دولتی و حکمرانی خوب پرداخته‌اند. مطالعه آن‌ها یک مطالعه توصیفی از شاخه همبستگی و مبتنی بر مدلسازی معادلات ساختاری است. داده‌ها از طریق اسناد و اطلاعات کتابخانه‌ای گردآوری شده‌اند و جامعه آماری شامل ۱۶۰ کشور برای بازه زمانی (۲۰۱۰-۲۰۰۵) بوده و با نرم‌افزار SPSS15 بررسی شده است. نتایج حاکی از وجود رابطه مثبت میان مولفه‌های حکمرانی و رفاه ملی، رشد اقتصادی و ارتقای بهداشت و .. می‌باشد.

ویسانی و همکاران (Veisani et al, 2014) در مطالعه خود به بررسی وضعیت کیفیت زندگی سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام پرداخته‌اند. مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی بوده و به صورت پرسش‌نامه‌ای می‌باشد. تجزیه و تحلیل نتایج به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی مانند میانگین، انحراف معیار و آنالیز

رگرسیون چند متغیره صورت گرفته است. براساس نتایج مهمترین دلایل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری‌های مزمن می‌باشد. تسییحی (Tasbihi, 2015) به بررسی عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در شهرداری شهر اهواز پرداخته است. داده‌های تحقیق وی با روش پیمایشی و با استفاده از پرسش‌نامه خودسنجی از زنان شاغل در شهرداری شهر اهواز به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید، جمع‌آوری شد. فرضیات از طریق شاخص همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیره آزمون گردیدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین عوامل اجتماعی حمایت اجتماعی، میزان گذران اوقات فراغت، عامل اقتصادی انگیزه پیشرفت (عوامل فرهنگی) تحصیلات، پایبندی به اعتقادات مذهبی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

کاواچی و برکمن (Kawachi & Berkman, 2001) در پژوهشی، راه‌هایی که به وسیله‌ی آن شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های محیطی، سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، را بررسی کرده و دریافتند که آثار حمایتی پیوندهای اجتماعی روی سلامت روان، در میان گروه‌های جامعه یکسان نیست. به عنوان مثال، اختلاف‌های جنسیتی در جلب حمایت شبکه‌های اجتماعی، موجب غلبه بیشتر پریشانی روانی زنان (در مقایسه با مردان) می‌شود.

تامپسون و همکاران (Thompson et al, 2002) تحقیقی با عنوان زمینه‌های اجتماعی سلامت روان مهاجران فیلیپینی در استرالیا انجام دادند. آن‌ها بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شدند و ارتباط بین این ابعاد با سلامت روان را در میان مهاجران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مهاجران فیلیپینی در گذر از یک جامعه جمع‌گرا به جامعه‌ای فردگرا گرفتار مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی می‌شوند. همچنین حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک می‌تواند در سازگاری و سلامت روانی آن‌ها نقش مهمی داشته باشد.

وینسنترا و همکاران (Veensentra et al, 2005) در پژوهشی در کانادا دریافتند که بین میزان تماس‌های اجتماعی و شرکت در گروه‌های مذهبی (به عنوان شاخص سرمایه‌ی اجتماعی) و وضعیت سلامتی فرد ارتباط وجود دارد. آن‌ها همچنین در سال ۲۰۰۵ نیز اهمیت مشارکت فرد در انجمن‌های داوطلبانه و تأثیرش بر سلامتی و کاهش استرس‌های عاطفی را یادآور شدند.

لی (Lee, 2008) با استفاده از شاخص‌های ذهنی به ارزیابی کیفیت زندگی در شهر تایپه پرداخته است. در این راستا ۳۳۱ نفر از ساکنان شهر تایپه به منظور پیمایش ارزیابی ذهنی ساکنان از کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج مطالعه‌ی وی نشان می‌دهد که محل زندگی، زناشویی، سن، تحصیلات و درآمد، قلمروهای مختلف رضایت را

تحت تاثیر قرار می‌دهند. علاوه بر آن وضعیت اجتماع، تعلقات محلی و رضایت از محله بیشترین تاثیر را بر رضایت از کیفیت زندگی دارند.

روسلان و همکاران (Roslan et al, 2010) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی با استفاده از اطلاعات بدست آمده از بررسی ۲۵۰۰ خانوار روستایی در ترنگانوا^۱ مالزی پرداخته‌اند. نتایج نشانگر اینست که سرمایه اجتماعی نه تنها بر درآمد خانوار بلکه بر کیفیت زندگی آن‌ها نیز موثر است و برای رسیدن به توسعه، توجه به سرمایه اجتماعی بسیار مهم است.

بیلس و همکاران (Bilas et al, 2014) در مقاله خود به بررسی عوامل موثر بر امید به زندگی در بدو تولد میان ۲۸ کشور اتحادیه اروپا پرداخته‌اند. متغیرهای بکار رفته در مقاله آن‌ها شامل نرخ رشد تولید ناخالص داخلی، نرخ رشد جمعیت، سطح تحصیلات، ثبت نام آموزش و پرورش و تولید ناخالص داخلی سرانه بوده و برای دوره زمانی (2001-2011) بصورت سالانه و با استفاده از رهیافت داده‌های پانل مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از آنست که تولید ناخالص داخلی سالانه و سطح تحصیلات با همدیگر بین ۷۲/۶ و ۸۲/۶ درصد از تغییرات امید به زندگی در بدو تولد را توضیح می‌دهند.

جبا و همکاران (Jaba et al, 2014) به بررسی ارتباط میان امید به زندگی و مخارج بهداشتی پرداخته‌اند. داده‌ها برای ۱۷۵ کشور جهان و برای بیش از ۱۶ سال (۱۹۹۵-۲۰۱۰) گردآوری شده و با توجه به موقعیت جغرافیایی و سطح درآمد گروه‌بندی صورت گرفته است. آن‌ها با استفاده از داده‌های پانل به تخمین طول عمر توسط یک تابع مخارج بهداشت پرداخته‌اند. نتایج بدست آمده حاکی از ارتباط معنی‌دار بین مخارج بهداشتی و امید به زندگی می‌باشد.

با توجه به مبانی نظری و مطالعات تجربی اهمیت موضوع مورد مطالعه مشخص می‌گردد. اما بررسی مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که هنوز در این خصوص مطالعه دقیقی انجام نگرفته است. بنابراین در این مطالعه به بررسی تأثیر حکمرانی خوب بر کیفیت زندگی و سلامت زنان پرداخته می‌شود تا نتایج قابل اطمینانی از این رابطه حاصل گردد. با توجه به مبانی نظری مورد مطالعه، مهمترین فرضیات متصور از این تحقیق به شرح زیر است؛

بین شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت زنان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

بین هزینه‌های سلامت و سلامت زنان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

بین تولید ناخالص داخلی سرانه و سلامت زنان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

بین نرخ باروری و سلامت زنان رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.

بین نرخ بیکاری زنان و سلامت زنان رابطه منفی و معنادار وجود دارد.

¹ Terengganu

ابزار و روش

اکثر محققان اقتصادی به دنبال بررسی پویایی در روابط اقتصادی هستند. استفاده از داده‌های پانل و مدل‌های پویا در این سری از داده‌ها، این امکان را فراهم می‌آورد که پویایی روابط از این طریق بهتر درک شود. در مدل‌های اقتصاد سنجی رابطه‌ی پویایی به وسیله‌ی وارد شدن وقفه یا وقفه‌هایی از متغیر وابسته به عنوان متغیر توضیحی در مدل مشخص می‌شود. روش گشتاورهای تعمیم یافته (GMM)^۱ توسط هانسن (Hansen, 1982) توسعه یافت که چارچوب راحتی را برای بدست آوردن تخمین‌هایی با کارایی مجانبی فراهم می‌سازد. در طی دهه‌ی اخیر مفهوم روش گشتاورهای تعمیم یافته اهمیت بیشتری پیدا کرده است. روش گشتاورهای تعمیم یافته یکی از روش‌های برآورد پارامترهای مدل در رهیافت داده‌های تابلویی پویا بوده که قابل استفاده برای داده‌های سری زمانی، مقطعی و داده‌های تابلویی است. این روش اثرات تعدیل پویای متغیر وابسته را در نظر می‌گیرد. اگر متغیر وابسته با مقادیر با وقفه وارد مدل شود، سبب خواهد شد که بین متغیرهای توضیحی و جملات اخلاص همبستگی به وجود آید و در نتیجه استفاده از روش حداقل مربعات معمولی نتایج تورش‌دار و ناسازگاری را نشان خواهد داد. روش گشتاورهای تعمیم یافته می‌تواند با بکارگیری متغیرهای ابزاری این ایراد را برطرف کند. در این روش پس از برآورد ضرایب، لازم است که از آزمون سارگان^۲ برای بررسی معتبر بودن متغیرهای ابزاری تعریف شده در مدل و بیش از حد مشخص بودن معادله استفاده شود. در این آزمون اگر فرضیه‌ی صفر رد نشود، در آن صورت متغیرهای ابزاری تعریف شده در مدل معتبر بوده و مدل نیاز به تعریف متغیرهای ابزاری بیشتری ندارد. اما، در صورت رد فرضیه‌ی صفر متغیرهای ابزاری تعریف شده ناکافی و نامناسب بوده و لازم است متغیرهای ابزاری مناسب‌تری برای مدل تعریف شود. افزون بر این، باید مرتبه‌ی خود رگرسیونی جملات اخلاص نیز آزمون شود. زیرا روش تفاضل‌گیری مرتبه‌ی اول برای حذف اثرات ثابت در صورتی روشی مناسب است که مرتبه‌ی خود همبستگی جملات اخلاص از مرتبه‌ی دو نباشد (Baltagi, 2005).

این نمونه مطالعاتی نیز با استفاده از روش گشتاورهای تعمیم یافته برای دوره‌ی زمانی (۲۰۱۳-۲۰۰۲) صورت پذیرفته است. قلمرو مکانی تحقیق شامل ۴۸ کشور با درآمد متوسط به بالا^۳ می‌باشد.

^۱ Generalized Method of Moments

^۲ Sargan Test

^۳ Upper-middle Income Countries

در این پژوهش شاخص‌های حکمرانی خوب از سایت شاخص حکمرانی جهانی^۱ و سایر متغیرهای تحقیق از سایت بانک جهانی^۲ استخراج گردیده‌اند. متغیرهای بکار رفته به صورت زیر می‌باشند.

lifef: امید به زندگی زنان

mortf: نرخ مرگ‌ومیر زنان

healpp: هزینه‌های سرانه‌ی سلامت بر پایه‌ی برابری قدرت خرید و قیمت‌های ثابت سال ۲۰۱۱

gdpc: تولید ناخالص داخلی سرانه بر اساس برابری قدرت خرید و قیمت‌های ثابت سال ۲۰۱۱

unempfilo: نرخ بیکاری زنان بر اساس داده‌های سازمان بین‌المللی کار

fertw: نرخ باروری زنان

inst: میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب

ε_{it} : اثر سایر متغیرهای توضیحی بر متغیر وابسته در کشور i در زمان t

جهت انجام پژوهش از روش تحلیل توصیفی داده‌ها و تخمین مدل استفاده می‌شود. با توجه به روش اقتصادسنجی مطالعه، بررسی مبانی نظری و مطالعات تجربی قبلی، ۶ مدل در قالب دو جدول برای نیل به اهداف مطالعه ارائه شده است. جدول اول شامل ۳ مدل می‌باشد که در آن متغیر وابسته امید به زندگی به عنوان شاخص سلامتی می‌باشد. اما برای استحکام نتایج در قالب همان ۳ مدل قبلی، این بار از مرگ‌ومیر به عنوان متغیر وابسته در جدول دوم استفاده شده است.

مدل اول: رابطه میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و امید به زندگی زنان

در این مدل رابطه‌ی بین میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و امید به زندگی زنان تصریح می‌شود:

$$lifef_{it} = \beta_0 + \beta_1 inst_{it} + \beta_2 healpp_{it} + \beta_3 gdpc_{it} + \beta_4 fertw_{it} + \beta_5 unempfilo_{it} + \varepsilon_{it}$$

مدل دوم: رابطه‌ی میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و نرخ مرگ‌ومیر زنان

در این مدل رابطه بین میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و نرخ مرگ‌ومیر زنان تصریح می‌شود:

$$mortf_{it} = \beta_0 + \beta_1 inst_{it} + \beta_2 healpp_{it} + \beta_3 gdpc_{it} + \beta_4 fertw_{it} + \beta_5 unempfilo_{it} + \varepsilon_{it}$$

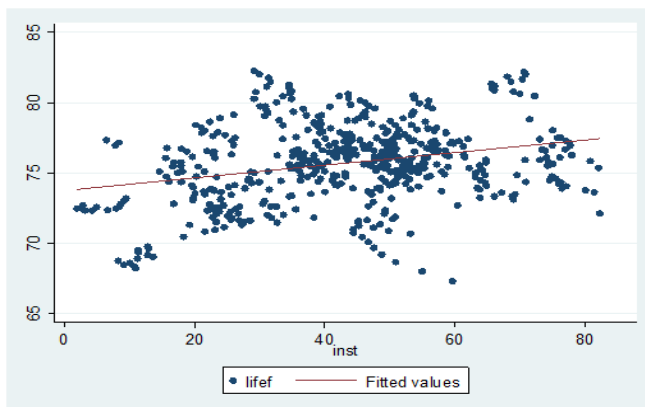
¹ WGI

² WDI

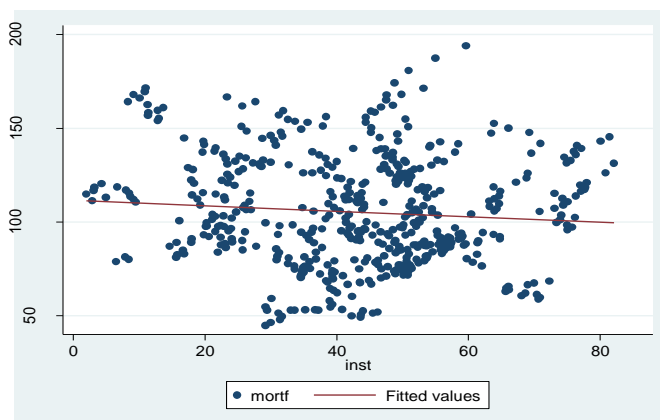
یافته‌ها

تحلیل توصیفی یافته‌ها

برای تحلیل توصیفی داده‌ها از نمودارهای پراکنش بین متغیرها استفاده می‌شود. به دلیل اهمیت سلامت به عنوان محور اصلی کیفیت زندگی، نمودارهای پراکنش میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت زنان ارائه می‌گردد. بر اساس نمودارهای ۲ و ۳ مشاهده می‌شود که میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب که به عنوان عامل اجتماعی موثر بر سلامت عمومی و اجتماعی مطرح است، رابطه مثبت با امید به زندگی و ارتباط معکوس با مرگ‌ومیر زنان به عنوان شاخص سلامت دارد. و با افزایش آن سطح سلامت زنان نیز افزایش یافته است. این نتیجه با مبانی نظری و فرضیات مطالعه حاضر همخوانی دارد و آن را تایید می‌کند.



نمودار پراکنش میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و امید به زندگی زنان (نمودار ۲)



نمودار پراکنش میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و مرگ‌ومیر زنان (نمودار ۳)

منبع: یافته‌های تحقیق

تخمین مدل

برای تخمین مدل لازم است ابتدا ایستایی متغیرها مورد بررسی قرار بگیرد. در این قسمت برای آزمون ایستایی متغیرهای مدل از آماره‌ی آزمون ریشه واحد لوین، لین و چو (LLC) استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۱ نشان می‌دهد که تمامی متغیرها در سطح اطمینان ۹۹ درصد ایستا می‌باشند.

جدول ۱. آزمون بررسی مانایی با استفاده از آزمون لوین، لین و چو با عرض مبدأ و متغیر روند

مقادیر	شرح	
-۳۴/۵۳۹۴ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	lifef
-۴/۲۱۹۸۷ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	mortf
-۹/۱۱۸۱۸ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	inst
-۶/۰۵۶۵۸ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	healpp
-۸/۰۴۲۷۱ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	gdpc
-۲۵/۲۴۳۶ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	fertw
-۱۳/۳۹۳۲۱ ۰/۰۰۰۰	ارزش احتمال آماره t	unempfilo

منبع: یافته‌های تحقیق

نتایج برآورد مدل‌های تحقیق نیز در جدول ۲ و ۳، آمده است؛ نتایج برآورد مدل‌های جدول ۱ نشانگر تاثیر مثبت و معنی‌دار میانگین شاخص‌های حکمرانی در سطح اطمینان ۹۹ درصد، بر امید به زندگی زنان می‌باشد که تایید کننده فرضیه اول است. بطوری که افزایش یک واحدی میانگین متغیرهای حکمرانی خوب، امید به زندگی زنان را به ترتیب ۰/۰۱۱۴۹۳۶، ۰/۰۱۰۸۷۵۷ و ۰/۰۱۲۶۴۳۷ واحد افزایش می‌دهد. هزینه‌های سلامت و تولید ناخالص داخلی سرانه که از مهم‌ترین

متغیرهای مؤثر در وضعیت سلامتی با توجه به بررسی مطالعات تجربی و نظری می‌باشد، در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأثیر مثبت و معنی‌داری بر روی امید به زندگی زنان در نمونه مورد بررسی داشته‌اند که تایید کننده فرضیه دوم و سوم این مطالعه می‌باشند. افزایش یک واحدی هزینه‌های سرانه سلامت به ترتیب باعث افزایش ۰/۰۰۰۱۳۳۵، ۰/۰۰۰۱۱۸۱ و ۰/۰۰۰۰۹۸۲ واحدی امید به زندگی زنان، و افزایش یک واحدی درآمد سرانه نیز باعث افزایش به ترتیب ۰/۰۰۰۰۱۲، ۰/۰۰۰۰۱۴۴ و ۰/۰۰۰۰۱۰۸ واحدی امید به زندگی زنان شده است. متغیرهای نرخ باروری و نرخ بیکاری زنان نیز در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأثیر منفی و معنی‌دار بر روی امید به زندگی زنان دارند و فرضیه چهارم و پنجم را تایید می‌کنند. به نحوی که افزایش یک واحدی نرخ باروری زنان باعث شده امید به زندگی ایشان به ترتیب ۰/۱۹۷۷۶۳۴ و ۰/۱۸۳۴۴۸۹ واحد کاهش یابد و افزایش یک واحدی نرخ بیکاری زنان نیز به کاهش ۰/۰۰۲۲۵۱ واحدی امید به زندگی‌شان انجامیده است.

جدول ۲. نتایج تخمین داده‌های تابلویی پویا برای متغیر وابسته امید به زندگی زنان

نام متغیرها	مدل اول	مدل دوم	مدل سوم
lifef(-۱)	۰/۹۱۴۸۶۰۵ (۲۲۵/۷۳)*	۰/۸۹۹۸۱۶۷ (۲۲۷/۹۱)*	۰/۹۱۲۸۲۱۴ (۱۸۷/۸۹)*
inst	۰/۰۱۱۴۹۳۶ (۲۲/۵۱)*	۰/۰۱۰۸۷۵۷ (۱۹/۴۲)*	۰/۰۱۲۶۴۳۷ (۲۰/۸۶)*
healpp	۰/۰۰۰۱۳۳۵ (۱۲/۹۹)*	۰/۰۰۰۱۱۸۱ (۱۱/۲۸)*	۰/۰۰۰۰۹۸۲ (۱۰/۹۳)*
gdpc	۰/۰۰۰۰۱۲ (۵/۰۶)*	۰/۰۰۰۰۱۴۴ (۷/۳۱)*	۰/۰۰۰۰۱۰۸ (۴/۳۰)*
fertw	-	-۰/۱۹۷۷۶۳۴ (-۷/۹۱)*	-۰/۱۸۳۴۴۸۹ (-۷/۸۳)*
unempfilo	-	-	-۰/۰۰۲۲۵۱ (-۴/۶۱)*

منبع: یافته‌های تحقیق

اعداد داخل پرانتز مربوط به آماره z می‌باشند.

***،**،* به ترتیب نشانگر معنی‌داری در سطح ۹۹، ۹۵ و ۹۰ درصد می‌باشند.

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد، برای حصول اطمینان بیشتر به روابط بین متغیرها، متغیرهای توضیحی مدل اول بر روی نرخ مرگ‌ومیر برآورد می‌گردد. اگر روابط معنی‌دار و منفی باشند، می‌توان

با اعتماد بیشتر از روابط بین متغیرها دفاع کرد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، علامت ضرایب متغیرهای توضیحی نشان می‌دهد که متغیرهایی که تاثیر مثبت بر روی امید به زندگی داشته‌اند در این جا تاثیر منفی بر روی متغیر مرگ‌ومیر دارند. البته این نتیجه از نظر تئوریکی قابل انتظار است، ولی هدف از این بررسی حصول اطمینان به مدلسازی و تخمین آماری متغیرهاست. نتایج برآورد، نشانگر تاثیر منفی و معنی‌دار میانگین شاخص‌های حکمرانی در سطح ۹۹ درصد، بر مرگ‌ومیر زنان می‌باشد و افزایش یک واحدی آن، مرگ‌ومیر زنان را به ترتیب $0/0715468$ ، $0/0685358$ و $0/0570125$ واحد کاهش می‌دهد. همچنین هزینه‌های سلامت، درآمد سرانه، تاثیر منفی و نرخ بیکاری و نرخ باروری زنان نیز تاثیر مثبت بر روی مرگ‌ومیر ایشان دارند. به این صورت که افزایش یک واحدی هزینه‌های سلامت، نرخ مرگ‌ومیر زنان را به ترتیب $0/0023047$ ، $0/0020533$ و $0/002056$ واحد و یک واحد افزایش تولید ناخالص داخلی، نرخ مرگ‌ومیرشان را به ترتیب $0/0001841$ ، $0/000187$ و $0/0001721$ واحد کاهش می‌دهد. همچنین افزایش یک واحدی نرخ باروری زنان موجب افزایش $0/8090468$ واحدی نرخ مرگ‌ومیر و افزایش یک واحدی نرخ بیکاری زنان موجب افزایش $0/0613325$ واحدی مرگ‌ومیر ایشان می‌شود.

جدول ۳. نتایج تخمین مدل داده‌های تابلویی پویا برای متغیر وابسته مرگ‌ومیر زنان

نام متغیرها	مدل اول	مدل دوم	مدل سوم
mortf(-۱)	$0/8445333$ ($96/68$)*	$0/8415056$ ($111/54$)*	$0/8419172$ ($91/70$)*
inst	$-0/0715468$ ($-15/89$)*	$-0/0685358$ ($-16/12$)*	$-0/0570125$ ($-11/18$)*
healpp	$-0/0023047$ ($-13/49$)*	$-0/0020533$ ($-13/05$)*	$-0/002056$ ($-13/68$)*
gdpc	$-0/0001841$ ($-6/15$)*	$-0/000187$ ($-5/95$)*	$-0/0001721$ ($-6/03$)*
fertw	-	$0/8090468$ ($2/55$)**	$0/4411253$ ($1/46$)
unempfilo	-	-	$0/0613325$ ($6/64$)*

منبع: یافته‌های تحقیق

اعداد داخل پرانتز مربوط به آماره z می‌باشند.

. به ترتیب نشانگر معنی‌داری در سطح ۹۹، ۹۵ و ۹۰ درصد می‌باشند. در ادامه برای بررسی اعتبار متغیرهای ابزاری مدل‌های تحقیق از آزمون سارگان استفاده شده و آزمون خودهمبستگی برای مرتبه اول و دوم متغیرهای مدل‌های مربوط به متغیر وابسته امید به زندگی و مرگ‌ومیر زنان به ترتیب در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون‌های خودهمبستگی و سارگان برای متغیر وابسته امید به زندگی زنان

مدل سوم	مدل دوم	مدل اول	مدل‌ها	
-۱/۶۸۶	-۱/۶۹۶۸	-۱/۶۷۲۴	z	آزمون خودهمبستگی
۰/۰۹۱۸	۰/۰۸۹۷	۰/۰۹۴۴	prob	مرتبه اول
۱/۴۰۲۳	۱/۴۱۱۲	۱/۴۱۷۱	z	آزمون خودهمبستگی
۰/۱۶۰۸	۰/۱۵۸۲	۰/۱۵۶۵	Prob	مرتبه دوم
۳۲/۸۰۸۶	۳۶/۸۷۷۳۹	۳۶/۱۵۳۳۳	χ^2	آماره سارگان
۰/۹۸۹۹	۰/۹۶۳۹	۰/۹۷۰۵	Prob	

منبع: یافته‌های تحقیق

جدول ۵. آزمون‌های خودهمبستگی و سارگان برای متغیر وابسته مرگ‌ومیر زنان

مدل سوم	مدل دوم	مدل اول	مدل‌ها	
-۱/۰۶۰۴	-۱/۰۸۵۶	-۱/۰۸۵۸	z	آزمون خودهمبستگی
۰/۲۸۸۹	۰/۲۷۷۶	۰/۲۷۷۶	prob	مرتبه اول
۰/۹۰۴۷۹	۰/۸۹۱۹۸	۰/۹۰۶۲۱	z	آزمون خودهمبستگی
۰/۳۶۵۶	۰/۳۷۲۴	۰/۳۶۴۸	prob	مرتبه دوم
۳۰/۵۳۸۷	۳۵/۴۴۲۳۵	۳۴/۴۲۰۴۹	χ^2	آماره سارگان
۰/۶۳۸۰	۰/۴۰۰۱	۰/۴۴۷۶	Prob	

منبع: یافته‌های تحقیق

با توجه به نتایج آزمون سارگان و آزمون خودهمبستگی، همانطور که در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود با توجه به ارزش احتمال آماره سارگان، متغیرهای ابزاری به کار برده شده در برآورد هر

دو مدل، معتبر می‌باشند. همچنین نتایج حاکی از آنست که نمی‌توان در هیچ کدام از مدل‌ها عدم خودهمبستگی مرتبه دوم را رد کرد و بنابراین هر دو مدل خودهمبستگی مرتبه دوم ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

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 تعیین‌کننده‌های سلامت از مهم‌ترین موضوعات مطالعاتی در جهان می‌باشد. در این میان مشکلات اجتماعی مورد توجه ویژه است. چراکه اولاً باعث افزایش بیماری‌های روانی و روحی می‌شود و ثانياً همین مشکلات روحی و روانی ریشه بسیاری از بیماری‌های جسمی نیز می‌باشد. از طرفی از آنجایی که زنان نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و در عین حال پرورش دهنده همه افراد جامعه هستند، سلامت زن باید در ابعاد مختلف تأمین و دیدگاه‌های متفاوت به نقش وی به‌گونه‌ای معطوف شود که جایگاه واقعی خود را بیابد. لذا توجه به سلامت این قشر از جامعه و حمایت‌های اجتماعی از آنان و توجه به سلامت‌شان امری ضروری می‌نماید. اما متأسفانه با وجود برگزاری کنفرانس‌ها و تحولات به وجود آمده در خط مشی‌ها و سیاست‌های سلامت زنان در سطح بین‌الملل، هنوز کاستی‌های زیادی نسبت به این قشر آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، دیده می‌شود. نتایج داده‌های کیفی و کمی و مبانی نظری این مطالعه نیز حاکی از آنست که در جوامعی که هنوز تعادل مطلوب و قابل قبول و مشارکت عادلانه زن و مرد در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی فراهم نشده و فرصت منصفانه بروز خلاقیت و استعداد انسانی آن‌ها برقرار نگردیده، فرآیند توسعه، آن‌گونه که انتظار داشته‌اند، موفق نبوده است. لذا رویکرد این مقاله، معطوف به تأثیر شاخص حکمرانی خوب بر روی کیفیت زندگی و سلامت زنان است. در این مطالعه با استفاده از داده‌های کشورهای با درآمد متوسط به بالا و با رویکرد داده‌های تابلویی پویا، مدل‌های هدف مورد برآورد قرار گرفت. فرضیه اساسی این تحقیق این بود که میان میانگین شاخص‌های حکمرانی خوب و سلامت زنان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ که یافته‌ها نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت و معنی‌دار، در سطح اطمینان ۹۹ درصد میان این دو متغیر است و فرضیه اول را تایید می‌کند. مبانی نظری و پیشینه پژوهش مطالعه حاضر نیز بیانگر ارتباط قوی میان حکمرانی خوب به عنوان عامل اجتماعی موثر بر سطح سلامت و کیفیت زندگی می‌باشد. این فرضیه همچنین یافته‌های تحقیقات پیشین را مورد تایید قرار می‌دهد و با مطالعاتی از قبیل دانایی‌فرد و همکاران (Danaiefard et al, 2013) و هلیول و هوانگ (Helliwell & Huang, 2008) همخوانی دارد. لذا بهبود شاخص حکمرانی خوب باید در اولویت توجه سیاست‌مداران و برنامه‌ریزان و کارشناسان و مسئولین

امر قرار گیرد. 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. ایده اصلی این است که شبکه‌های اجتماعی دارای ارزش هستند. همانطور که سرمایه فیزیکی یا تحصیلات دانشگاهی (سرمایه انسانی) هم به صورت فردی و هم در شکل جمعی می‌توانند موجب افزایش بهره‌وری شوند، ارتباطات اجتماعی با پیوند صحیح بین منابع انسانی و فیزیکی، بر بهره‌وری افراد و گروه‌ها تأثیر می‌گذارد. یعنی انسان‌های باسواد و سالم زمانی می‌توانند از سرمایه‌های فیزیکی با کاراترین مسیر بهره‌برده و جامعه را به سوی توسعه هدایت‌کننده که روابط سالم اجتماعی در آن جامعه حاکم باشد، در غیر اینصورت هم سرمایه‌های انسانی و هم سرمایه‌های فیزیکی در جامعه به هدر خواهند رفت. به‌عنوان مثال وجود فساد در جامعه باعث می‌شود از توان نخبگان در جهت مدیریت صحیح سرمایه‌ها 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 مهم‌ترین سرمایه‌های اجتماعی استفاده گردیده است. بنابراین از متوسط این شش، شاخص حکمرانی خوب در این مطالعه محاسبه و در برآورد مدل‌ها بهره‌برداری شده است. همچنین بهبود شاخص‌های حکمرانی خوب منجر به مشارکت بیشتر زنان در جامعه (مانند بازار کار و آموزش) شده و سلامت و به تبع آن کیفیت زندگی این گروه را ارتقا می‌بخشد، لذا برای بهره‌مندی از پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های این گروه، برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های لازم برای ارتقای این شاخص‌ها انجام پذیرد.

همچنین برای استحکام نتایج، مدل مشابه برای میزان مرگ‌ومیر برآورد گردید. نتایج دقیقاً مشابه زمانی بود که امید به زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می‌شد. بنابراین در مورد نتایج بدست آمده می‌توان با اطمینان و اعتماد بیشتری بحث نمود. سایر متغیرهای مهم مؤثر بر روی سلامتی نیز در برآورد مدل‌ها بکار گرفته شد. با توجه به ادبیات نظری و تجربی مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر روی سلامت و کیفیت زندگی زنان، هزینه‌های سرانه سلامت (بر پایه برابری قدرت خرید)، تولید داخلی سرانه (بر پایه برابری قدرت خرید)، نرخ باروری و نرخ بیکاری زنان می‌باشند.

هزینه‌های سرانه سلامت در سطح اطمینان ۹۹ درصد تأثیر مثبت و معنی‌داری بر روی امید به زندگی زنان در نمونه مورد بررسی داشته که تایید کننده فرضیه دوم این مطالعه است و همسو با مطالعات صورت گرفته در این زمینه از جمله مطالعه جابا و همکاران (Jaba et al, 2014) مبنی بر این که مخارج بهداشتی دولت کیفیت منابع انسانی را ارتقا داده و باعث افزایش امید به زندگی و

سلامت عمومی می‌شود، می‌باشد. مطالعه هالیکی اوغلو (Halicioglu, 2011) نیز به تاثیر مثبت هزینه‌های بهداشتی به عنوان یکی از عوامل موثر بر امید به زندگی اشاره دارد که با یافته‌های این مطالعه همراستا است. صحت فرضیه سوم مبنی بر این که تولید ناخالص داخلی سرانه تاثیر مثبت و معنی دار بر امید به زندگی زنان دارد، در سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد تایید قرار گرفت که مطابق با یافته‌های بسیاری از مطالعات از جمله مطالعه بیلز و همکاران (Bilas et al, 2014)، فایسا و گوتما (Fayissa & Gutema, 2005) و طاهری بازخانه و همکاران (Taheribazkhaneh et al, 2015) می‌باشد. فرضیه چهارم این مطالعه دال بر تاثیر منفی و معنی دار نرخ باروری بر امید به زندگی زنان در سطح اطمینان ۹۹ درصد نیز مورد تایید قرار گرفت که این نتیجه همراستا با مطالعه سلیمانی زاده و همکاران (Soleymanizadeh et al, 2004) می‌باشد. و در نهایت مطابق فرضیه پنجم نرخ بیکاری تاثیر منفی و معنی دار بر امید به زندگی زنان دارد که یافته‌های این مطالعه تایید کننده این فرضیه در سطح اطمینان ۹۹ درصد می‌باشند. مطالعه فدایی و علی بیگی (Fadaiee & Alibeighi, 2011) مبنی بر این که بیکاری از عوامل زمینه‌ساز بروز نابسامانی‌های روانی است نیز همسو با این فرضیه و تایید کننده آن است. کرول و لامپرت (Kroll & Lampert, 2011) نیز معتقدند افراد بیکار از نقص جسمی، هیجانی و کارکردی بیشتری رنج می‌برند که تایید کننده درستی فرضیه این پژوهش است.

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 احساس ناعدالتی وجود نخواهد داشت. همچنین با کنترل شدید فساد، از همه ظرفیت‌های انسانی به بهترین نحو استفاده شده 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 نشان پذیرش برابری ارزش انسانی همه آحاد جامعه می‌باشد 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 تاثیرگذار و سهیم باشند.

References:

- Abbaszadeh, M., Saadati, M., Habibzadeh, A., & Heydari, R. (2013). Social health and mental health among married women in Tabriz, Journal of social security studies, No.32, PP.129-162. (PERSIAN)
- Ahmadi, B., & Babashahi, S. (2012). Women health management: development policies & research & services. Journal of research and social welfare. Vol.12, No.47, pp.29-59. (PERSIAN)
- Baltagi, B.H., (2005). Econometric Analysis of Panel Data. 3rd Edition. Wiley.
- Behzad, D. (2003). Social capital a situation for mental health promotion. Journal of social welfare. Vol.2, No.6, PP.43-53. (PERSIAN)
- Berry, H.L., & Welsh, J.A. (2010). Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. Social capital and medicine. Vol.70, No.4, PP.588-596.
- Bilas, V., Franc, S., & Bosnjak, M. (2014). Determinants factors of life expectancy at birth in the European Union countries. Collegium antropologicum. Vol.38, No.1, PP.1-9.
- Danaiefard, H., Babashahi, J., Azar, A., & Kordnaiej, A. (2013). Changes in national welfare: is good governance plays an important role?. Management research in Iran, Vol.16, No.4, PP.45-62. (PERSIAN)
- Effatidioshli, M., Kafimasouleh, M., & Delazar, R. (2012). Relationship between mental health and quality of life in drug-dependent people. Journal of addiction studies drug abuse. Vol.6, No.22. PP.57-66. (PERSIAN)
- Fadaiee, F., & Alibeigi, N. (2011). Comparing the amount and intensity of psychological trauma among employed & unemployed young men, Journal of social welfare, Vol.11, No.43, PP.97-119. (PERSIAN)
- Fayissa, B., & Gutema, P. (2005). Estimating a health production function for SubSaharan Africa (SSA). Applied economics. Vol.37, No.2, PP.155-164.
- Fereshtenezhad, S.M., Asadilari, M., Moradilakeh, M., Vaezmahdavi, M.R., Motavallian, S.A., & Afkari, M.E. (2010). Stimating the life expectancy and its relationship with social determinants of health in urban population in Tehran in 1387 (The measure of justice in the city), Journal of medicine and refinement. No.77, PP.25-40. (PERSIAN)
- Genyi, G. (2013). Good governance: antidote for peace and security in Nigeria. European journal of business and social sciences. Vol.2, No.2, pp.56-65.
- Ghaffari, G.H.R., & Onage, N.M. (2006). Social capital and quality of life, case study of Gonbad-e kavoos. Journal of social studies of Iran. Vol.1, No.1, PP.159-199. (PERSIAN)
- Haddadi, M., Koldi, AR., Sajjadi, H., & Salehi, M. (2011). The relationship between category occupational and mental health of working women. Journal of social welfare. Vol.11, No.40, PP.107-127. (PERSIAN)
- Haghighatian, M. (2013). Studying the effect of social capital on quality of life (case study: Isfahan's women). Journal of professional social science of Shoushtar Islamic Azad University. Vol.7, No.4, PP.113-130. (PERSIAN)

- Halicioglu, F. (2011). Modeling life expectancy in Turkey. *Economic modelling*. Vol.28, No.5, pp.2075-2082.
- Helliwell, J., Huang H. (2008). How's your government? international evidence linking good government and well-being. *British journal of political science*. No.38, PP.595-619.
- Heydari, A. (2012). Studying the indicators of quality of life in rural settlements of Kohgiluyeh & Boyer Ahmad. *Journal of housing and rural environment*. No.136, PP.51-66. (PERSIAN)
- Jaba, E., Balan, CH. B., & Rouba, CH. B. (2014). The relationship between life expectancy at birth & health expenditure estimated by a cross- country & time series analysis. *Proceda economic & finance*. Vol.15, pp. 108-114.
- Javaheri, F., Serajzadeh, S.H., & Rahmani, R. (2010). The analysis of effects of women's employment on their quality of life. *Women in development and politics (women's research)*. Vol.8, No.2, PP.143-162. (PERSIAN)
- Karimzadeh, M., Ahmad, F., & Karimzadeh, B. (2013). Impact of social capital on quality of life: evidence from India. *International journal of economic practices and theories*. Vol.3, No.4, pp.264-271.
- Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of urban health: bulletin of the New York academy of medicine*. Vol.78, No.3, PP.458-467.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V., & Kim, D. (2007). Social capital and health: a decade of progress and beyond. In: Kawachi I, Subramanian S.V, Kim D. (eds.). *Social capital and health*. NewYork: spring. pp.1-28.
- Kroll, L. E., Lampert, T. (2011). Unemployment, social support and health problems: result of the GEDA study in Germany, 2009. *Deutsches Arzteblatt International*. Vol.108, No.4, PP.47-52.
- Lee, Y.-J. (2008). Subjective quality of life measurement in Taipei. *Building and environment*. Vol.7, No.43, PP.1205-1215.
- Moamenabadi, V., Mohseni, M., Khanjani, N., & Alizadeh, S. (2014). The relationship between social security and public health of students of Kerman's faculty of health science. *Journal of health and development*. Vol.3, No.3, PP.245-255. (PERSIAN)
- Mogaddam, M.B., Mogaddam, A.B., Yarian, S., Hosseinebadenjani, S.M., & Mohammhosseini, S. (2014). Predicting the quality of life based on public health, soial support and self-efficacy in cardiovascular disease of Yasouj. *Journal of medical science of Yasouj*. Vol.19, No.7, PP.633-642. (PERSIAN)
- Mohammadi, J., Bagian, M.J., & Mousavi, S.S. (2012). Studying the relationship between social security with women's quality of life in Kermanshah. *Journal of studies of social security*. No.31, PP.143-156. (PERSIAN)
- Niazi, M., Shafaiemogaddam, E., & Shadfar, Y. (2011). Studying the relationship between social capital and feeling of social security omong women northern regions (1 & 2) and south of the city (19 & 20) Tehran. *Journal of sociology youth studies*. Vol.2, No.3, PP.131-160. (PERSIAN)

- Panahi, E., & Fatehizadeh, M. (2014). Studying the relationship between factors of psychological capital and marital life quality among couples of Isfahan. *Journal of women and society*. Vol.5, No.1, PP.139-156. (PERSIAN)
- Perry, M., Williams, R.L., Wallerstien, N., & Waitzkin, H. (2008). Social capitalll and health care experiences among low-income individuals. *American journal of public helth*. Vol.98, No.2, PP.330-336.
- Pitkin Derose, K., & Varda, d.M. (2009). Social capital and health care access: a systematic review. *Medical care research and review*. Vol.66, No.3, PP.272-306.
- Pohchin, L. (2006). Exploration of social capital and physical activity participation among adults on Christmas Island. PHD. Dissertation. School of human movement and exercises science & school of social and cultural studies. University of Western Australia.
- Pourafkari, N., & Shokri, K. (2012). The study of the effect of social capital on mental health (studies among students of Shoushtar's Islamic Azad University). *Professional journal of social sciences, Shoushtar's Islamic Azad University*. Vol.6, No.16, PP.167-186. (PERSIAN)
- Rastgar, KH., Hagigat, F., Zarea, H., & Hassanzadeh, K. (2015). Examination of the relation between social security and social-wellbeing with supervision among women living in Shiraz. *Journal of women and society*. Vol.6, No.6, PP.76-104. (PERSIAN)
- Roslan, A.H., Russayani I., & Nor Azam, A.R. (2010). The relationship between social capital and quality of life among rural households in Terengganu, Malaysia. *International journal of sustainable development*. Vol.1, No.5, PP.99-106.
- Sanatkah, A.R. (2016). Analysis of relationship between social capital and women's feeling of security in Tehran. *Journal of women and society*. Vol.6, No.4, PP.145-168. (PERSIAN)
- Seydan, F., & Abdossamadi, M. (2011). Relationship between social capital and mental health of men & women. *Journal of social welfare*. Vol.11, No.42. PP.229-254. (PERSIAN)
- Shahabadi, A., Nilforoushan. N., & Khaleghi, M. (2013). The impact of governance on the unemployment growth in developed and developing countries. *Journal of research and economic policies*. Vol.21, No.65, PP.147-164. (PERSIAN)
- Soleymanizadeh, L., Danesh, A., Basari, N., Abbaszadeh, A., & Arab, M. (2004). Studying the high-risk pregnancies in Bam's Mahdieh maternity. *Shahr-e kord University of medical sciences*. Vol.6, No.2, PP.67-73. (PERSIAN)
- Tabarsa, GH.A., Ghochani, F., & Badindehesh, M. (2015). Studying the impact of good governance on social capital. *Social capital management*. Vol.2, No.2, PP.177-198. (PERSIAN)
- Taheribazkhaneh, S., Karimzadeh, M., & Tahsili, H. (2015). Studying socio-economic factors affecting life expectancy in Iran. *Economic journal*. Vol.15, No.1 & 2, PP.77-94. (PERSIAN)
- Tasbihi, M. (2015). Studying socio-economic, cultural factors affecting the health of working women, the study of women of Ahvaz municipality. First national conference

on psychology and educational science, Shadeghan-Islamic Azad University. (PERSIAN)

-Tavakkol, M., & Naserirad, M. (2010). Health inequalities, cancer and social trust. *Journal of medicine and refinement*. No.76, PP.20-29. (PERSIAN)

-Thompson, S., Manderson, L., Woelz-Stirling, N., Cahill, A., & Kelaher, M. (2002). The social and cultural context of the mental health of Filipinas in Queensland. In *Australian and New Zealand. Journal of psychiatry*. Vol. 36, No.5, PP.681-687.

-Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J., & Elliott, S. (2005). Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Social science and medicine*. Vol.60, No.12, pp.2799-2818.

-Veisani, Y., Delpisheh, A., Sayemiri, K., Shahbazi, N., Naderi, Z., & Sohrabnezhad, A. (2014). The relationship between socio-economic status and quality of life in female-headed households. *Journal of social work*. Vol.3, No.1, PP.27-33. (PERSIAN)

-Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: Theory, Methodd and Interventions. *Health policy and pplaning*. Vol.23, No.2, pp.83-94.

-Yamaoka, K. (2008). Social capital and health and well-being in East Asia: apopulation-based study. *Social science and medicine*. No.66, PP.885-899.

-Zareashahabadi, A., & Khalouie, Z. (2016). Comparing the healthy lifestyle among different groups of wmen in Yazd (With an emphasis on employed & unemployed women). *Journal of women and society*. Vol.6, No.4, PP.1-18. (PERSIAN)