



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

Strategic Research on Social Problems

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 15(2), 1-18

Received: 29.07.2025 Accepted: 09.11.2025

Research Paper

Theory Testing of Factors Affecting the Perception of Corruption in the Healthcare System

Atefeh Modabbernezhad

Ph.D. in Sociology, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran
atefehmodaber1372@gmail.com

Seyyed Samad Beheshti* 

Associate professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran
sbeheshty@yu.ac.ir

Vahid Ghasemi

Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran
v.ghasemi@litr.ui.ac.ir

Introduction:

Given the multitude of factors contributing to corruption and its numerous negative consequences, this research aimed to empirically test and generalize a data-driven theory designed to explain the causes of corruption. Modabbernezhad and colleagues conducted a study titled "Using Shannon's Entropy Index to Explain the Background of Corruption in the Iranian Health Care System" and "Analyzing the Origins and Spread of Corruption in the Iranian Health Care System". The foundation of these two articles was a data-driven theory derived from interviews with stakeholders in the Ministry of Health. However, due to the nature of the research methods employed in these studies, the findings could not be generalized to the entire health care system. Therefore, this research was undertaken to empirically test the theory they proposed.

Materials & Methods

This study employed quantitative and survey methods to examine the relationship between various contexts—including economic, social, cultural, legislative, decision-making, organizational, individual, and micro-level factors—and the perception of corruption among stakeholders in the healthcare system. Data were collected by using a researcher-developed questionnaire, which was informed by multiple stages of the study, including a review of existing literature on corruption in healthcare and semi-structured interviews with experts at the Ministry of Health headquarters. The statistical population consisted of healthcare staff in Shiraz, a city recognized for its advanced medical services, and Yasuj, a less developed city, totaling approximately 23,000 individuals. Using GPower software and an alpha level of 0.01, the desired test power was set at 0.80, leading to an

estimated sample size of 384 participants. A multi-stage random sampling method was employed, selecting 4 hospitals and 4 health centers in each city through simple random sampling. In the subsequent stage, 208 respondents were randomly chosen from Shiraz and 176 from Yasuj. Smart-PLS3 software was utilized to test the hypotheses.

Discussion of Results & Conclusion

The findings indicated that all legislative, economic, decision-making, organizational, social, cultural, individual, and micro-level factors significantly influenced the perception of corruption. This confirmed the foundational data theory regarding the origins of corruption in the healthcare system, which had been validated empirically and generalized to the broader statistical population. Overall, the independent variables in this study accounted for 76.9% of

*Corresponding author

Modabbernezhad, A., Beheshti, S., & Ghasemi, V. (2026). Theory testing of factors affecting the perception of corruption in the healthcare system. *Strategic Research on Social Problems*, 15(2), 1-18. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.145580.2125>

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.145580.2125>

the variance in perceptions of corruption within the Iranian healthcare system, while the remaining 23.1% was attributed to other unexamined factors. Notably, the impacts of legislative factors on the perception of corruption was significantly greater than those of other contexts. In terms of relative effect sizes, legislative factors exerted an influence that was 7.5 times greater than economic factors, 7.2 times greater than organizational factors, 11.2 times greater than individual factors, and 12.5 times greater than social and cultural factors. Based on the Q2 index, we could conclude

that the predictive power of the structural model concerning perception of corruption was moderate.

The manifestations of corruption in the Iranian healthcare system were closely linked to the broader corrupt conditions present in Iranian society. Addressing this issue effectively requires comprehensive reforms of both formal and informal structures that contribute to corruption.

Keywords: Corruption, Perception of Corruption, Healthcare System, Legislation, Yasuj, Shiraz.




پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال پانزدهم، شماره پیاپی (۵۳)، شماره دوم، ۱۴۰۵، ص ۱-۱۸
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۸

مقاله پژوهشی

نظریه‌آزمایی عوامل مؤثر بر ادراک فساد در نظام بهداشت و درمان

عاطفه مدبرنژاد، دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

atefehmodaber1372@gmail.com

سیدصمد بهشتی* ، دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، ایران

sbeheshty@yu.ac.ir

وحید قاسمی، استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

vahidghasemi1980@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف اصلی این تحقیق بررسی تجربی و تعمیم نظریه‌ای داده‌بنیاد است که در آن عوامل ایجادکننده فساد در نظام بهداشت و درمان در سطحی محدود تبیین شده‌اند. روش کار: روش این پژوهش کمی با شیوه پیمایشی و ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته است. جامعه آماری این پژوهش کادر بهداشت و درمان شهر شیراز و یاسوج بودند که تعداد ۳۸۴ نفر از آنان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب و مصاحبه شدند. برای آزمون فرضیه‌ها از تکنیک مدل‌سازی معادله ساختاری واریانس‌محور با نرم‌افزار Smart-PLS3 استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که همه عواملی که در نظریه داده‌بنیاد تبیین‌کننده فساد در نظام بهداشت و درمان ایران (در سطح محدود) استخراج شده بودند، شامل عوامل تقنینی، اقتصادی، تصمیم‌گیری، سازمانی، اجتماعی و فرهنگی و زمینه‌های فردی و سطح خرد، در سطح وسیع و تعمیم‌یافته نیز اثر معناداری بر ادراک فساد دارند. در مجموع متغیرهای مستقل این تحقیق می‌توانند در کنار هم ۷۶/۹ درصد از واریانس ادراک فساد در این مجموعه را تبیین کنند. ضمن اینکه اثر عوامل تقنینی روی ادراک فساد بسیار بیشتر از بقیه عوامل و زمینه‌ها است. **نتیجه‌گیری:** آنچه به‌عنوان فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران دیده می‌شود، منفک از شرایط فسادزا در جامعه ایران نیست و برای برخورد جدی با آن نیز چاره‌ای جز اصلاح رویه‌ها و ساختار رسمی و غیررسمی فسادزا نیست. **واژه‌های کلیدی:** فساد، ادراک فساد، نظام بهداشت و درمان، قانون‌گذاری، یاسوج، شیراز.

*نویسنده مسئول

مدبرنژاد، عاطفه، بهشتی، سیدصمد و قاسمی، وحید. (۱۴۰۴). نظریه‌آزمایی عوامل مؤثر بر ادراک فساد در نظام بهداشت و درمان. پژوهش‌های راهبردی مسائل

اجتماعی، ۱۵(۲)، ۱-۱۸. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.145580.2125>



3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.145580.2125>

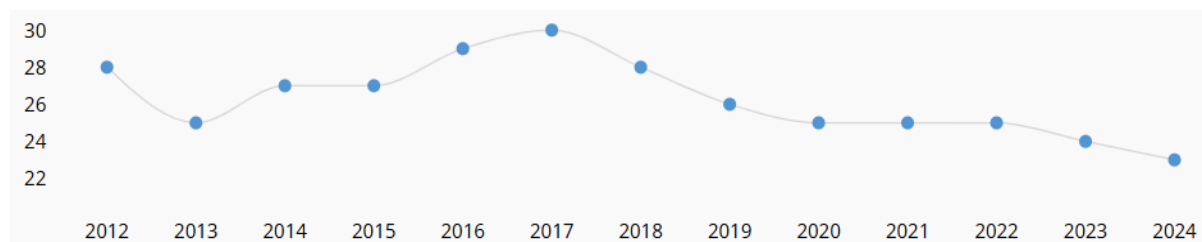
مقدمه

در سال‌های اخیر فساد در کشورهای مختلف با سطوح متفاوت به شکل یک مشکل درآمده است و در همه آنها کم‌وبیش رؤیت می‌شود. فساد از ریشه «فسد» و به معنای شکستن یا نقض کردن قوانین و مقررات اخلاقی یا اجتماعی یا به احتمال قوی‌تر قوانین و مقررات اداری است (خداپناه، ۱۳۹۴: ۳).

از نظر بانک جهانی^۱ فساد یعنی سوءاستفاده از قدرت عمومی برای منفعت شخصی و تأثیر گذاشتن روی رفتار یک کارمند از طریق دادن چیزی ارزشمند برای تسریع و تغییر در فرایند انجام یک کار (رفیع‌پور، ۱۳۹۸: ۱۹). کورر و جین^۲ (۲۰۰۱) فساد را به عنوان «آن دسته از فعالیت‌هایی توضیح می‌دهند که در آن مقامات دولتی، بوروکرات‌ها، قانونگذاران و سیاست‌مداران از اختیاراتی استفاده می‌کنند که از سوی مردم به آنها تفویض شده است تا منافع اقتصادی خود را به بهای منافع عمومی پیش ببرند». این مفهوم به صراحت فساد را به عنوان یک انحراف از رفتاری در نظر می‌گیرد که به نفع عموم است (Lancaster & Montinola, 1997). با این تعریف، فساد شامل رفتارهای انحرافی مانند رشوه‌خواری، اخاذی، پارتی‌بازی و

دزدی است که در حوزه عمومی رخ می‌دهد و حداقل یک مقام دولتی را درگیر می‌کند (Langseth, 2016)؛ بنلیبرلین، به‌طور کلی می‌توان گفت فساد عبارت است از عمل یا تصمیمی که موجب شود تا تعداد افراد متأثر از نتایج منفی عمل یا تصمیم از تعداد افراد برخوردار از نتایج مثبت آن بیشتر شود (فرج‌پور، ۱۳۸۳: ۱۰).

ایران کشوری است که مطابق با اسناد مختلف سطح بالایی از فساد در آن وجود دارد. طبق بررسی سازمان شفافیت بین‌الملل، در حالی که کمترین میزان فساد در سال ۲۰۲۳ به ترتیب مربوط به دانمارک (میزان ۹۰)، فنلاند (میزان ۸۷) و نیوزلند (میزان ۸۵) و بیشترین میزان نیز مربوط به سومالی (میزان ۱۱)، ونزوئلا، سوریه و سودان جنوبی (میزان ۱۳) است، ایران در این رتبه‌بندی با میزان ۲۴ در رتبه ۱۴۹ قرار دارد (Transparency International, 2023). این در حالی است که در سال ۲۰۲۴ با یک نمره کاهش در وضعیت فساد، نمره فساد در ایران به ۲۳ نزول کرده و در بین ۱۸۰ کشور بررسی‌شده رتبه ۱۵۰ را کسب کرده است. چنان‌که پیداست در بازه سال‌های بررسی‌شده، ایران هیچ‌گاه نتوانسته است نمره‌ای بهتر از ۳۰ در سال ۲۰۱۷ کسب کند.



شکل ۱- تغییرات وضعیت فساد در ایران در بازه سال‌های ۲۰۱۲ الی ۲۰۲۴ (Source: Transparency International, 2024)

Fig 1- Changes in the corruption situation in Iran between 2012 and 2024 (Source: Transparency International, 2024)

نباشند. سلامت به‌صورت فردی و نیز جمعی بی‌تردید مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات است؛ مسئله‌ای که از دوران ماقبل تاریخ تاکنون، بشر به‌منظور حصول آن کوشش کرده است (محسنی، ۱۳۸۵: ۴۳-۴۴). در واقع سلامت یکی از مهم‌ترین

سلامت پیش‌نیاز و ضرورت اولیه ایفای نقش‌های اجتماعی است. انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که سالم باشند، خود را سالم احساس کنند و نیز جامعه آن‌ها را سالم بدانند؛ جنبه‌هایی که همیشه ممکن است بر هم منطبق

² Kurer & Jain

¹ World Bank

یکی دیگر از گونه‌های فساد است که در سایت دیده‌بان شفافیت و عدالت در سال ۱۳۹۷ به این موضوع پرداخته شده است؛ برای مثال طبق گزارش این سازمان، غیبی‌پور رئیس حل اختلاف مالیاتی شهر تهران اذعان داشت که مالیات سالیانه پزشکان ۷۰۰ میلیارد تومان است که از این مقدار ۱۵۰ میلیارد آن توسط پزشکان پرداخت می‌شود؛ اما پژوهشگران حوزه شفافیت با بررسی دقیق موضوع به این نتیجه رسیده‌اند که میزان مالیات واقعی بسیار بیشتر از ۷۰۰ میلیارد است (دیده‌بان شفافیت و عدالت، ۱۳۹۷).

عضویت مسئولین وزارت بهداشت در هیئت‌مدیره شرکت‌های خصوصی متعدد مرتبط با وزارت بهداشت و درمان هم نمونه‌ای دیگر از فساد در سطح کلان است. اختلاس و دزدی از بودجه سلامت در سطح حکومتی یا در مرکز سلامت، فساد و تبانی در تدارکات و بازپرداخت برای خدمات، فساد در سیستم‌های پرداخت و صورت‌حساب‌های غیرقانونی شرکت‌های بیمه، تقلب در زنجیره ارزش دارو، فساد در بخش ارائه خدمات پزشکی و پذیرش رشوه برای بهبود تصمیم‌گیری در استخدام و اعتباربخشی نمونه‌های دیگر از صورت‌های فساد در نظام سلامت است (Savodoff & Karen, 2006).

در زمینه چرایی شکل‌گیری فساد به‌صورت عام و فساد در بخش بهداشت و درمان در جهان و ایران تحقیقات زیادی انجام شده است. ماسکی^۱ و همکاران (2018) هم پژوهشی با عنوان «اهداف توسعه پایدار به‌عنوان چارچوبی برای مبارزه با فساد در بخش سلامت» انجام دادند. آنها دریافتند که فساد در اشکال مختلف وجود دارد و در سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان جا افتاده است. فساد در بخش بهداشت مستقیماً با ممانعت از دسترسی مردم به خدمات بهداشتی باکیفیت و داروهای مؤثر و ایمن و تضعیف سیستم‌های حفاظت از خطرات مالی، مانع پیشرفت به‌سوی پوشش همگانی سلامت می‌شود. بهشتی و خان‌محمدی (۱۳۹۹) درخصوص ادراک فساد در

منابع زندگی بشر و از ابعاد توسعه است که در کیفیت زندگی فرد و پیشبرد اهداف جامعه و رسیدن به توسعه پایدار تأثیر فراوان دارد. تا جایی که می‌توان گفت میزان سلامت افراد هر جامعه‌ای می‌تواند یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و پیشرفت آن جامعه باشد.

از آنجاکه جان انسان‌ها و سلامتی آنها مقوله‌ای بسیار مهم است و فساد می‌تواند تفاوت بین زندگی و مرگ را موجب شود، موضوع فساد در این حوزه اهمیت بسیار پیدا می‌کند و وجود آن می‌تواند تبعات منفی بسیار زیادی برای جامعه به همراه داشته باشد. حداقل نتیجه منفی این پدیده این است که می‌تواند مسیر رشد و توسعه جامعه را به بیراهه بکشاند.

براساس مطالعات صورت گرفته در جهان، سالیانه چیزی بیش از ۳۰۰ میلیارد دلار در بخش بهداشت و درمان خرج می‌شود که به‌طور میانگین ده درصد آن در تراکنش‌های فسادآمیز حیف و میل می‌شود (مردعلی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۳۱). مطالعات نشان داده است که سطوح بالای فساد عمیقاً پیامدهای منفی روی بهداشت جامعه و سلامت آن دارد؛ برای نمونه در تحقیقی در سال (2015) در بین کشورهای که از سال ۲۰۱۳ درگیر شیوع بیماری ابولا بودند، این نتیجه به دست آمد که فساد در آفریقای غربی با تضعیف نهادهای بهداشت عمومی و توزیع نامناسب کمک‌های بین‌المللی در سرعت و بیشتر شدن شیوع این بیماری تأثیر مثبت داشته است (Dupuy & Divjak, 2015).

باتوجه به ماهیت مخفیانه بودن فساد، آمار درست و دقیقی در این زمینه وجود ندارد؛ ولی باتوجه به شواهد ممکن و براساس تجربیات نویسندگان از زندگی در ایران، با قطعیت می‌توان گفت که فساد در تمام سطوح نظام سلامت ایران وجود دارد؛ از سطح خرد یا سطح مراکز درمانی گرفته تا سطح کلان یا بالاترین سطح سیستم بهداشت و درمان. موضوع فرار مالیاتی پزشکان به‌عنوان یکی از مصادیق شناخته‌شده فساد،

¹ Mackey

از ترکیب روابط خانوادگی و سوءمدیریت به همراه نگاه پولی و قومی به مسئولیت، زمینه‌های تقنینی از ترکیب عدم وجود قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین، ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی و تعارض منافع، زمینه‌های تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی از ترکیب قدرت بلامنازع نظام پزشکی، ضعف در سیاست‌گذاری، نظام نادرست آموزش پزشکی، و عوامل فردی و سطح خرد از ترکیب نداشتن حس مسئولیت‌پذیری، راحت‌طلبی و توقع بیش از حد.

همین محققین (۱۴۰۱) در تحقیقی دیگر با استفاده از شاخص آنتروپی شانون به این نتیجه رسیدند که عوامل مؤثر بر بروز فساد بر سب اولویت به این صورت است: زمینه‌های تقنینی با ضریب اهمیت ۰.۲۹۳، در جایگاه نخست، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی با ضریب اهمیت ۰.۲۵۶، در جایگاه دوم، زمینه‌های اقتصادی با ضریب اهمیت ۰.۱۷۵، در جایگاه سوم، زمینه‌های تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی با ضریب اهمیت ۰.۱۷۴، در جایگاه چهارم و در نهایت عوامل فردی و زمینه‌های سطح خرد با ضریب اهمیت ۰.۱۰۲، در جایگاه پنجم قرار دارند.

در مجموع باتوجه به گستردگی عوامل ایجادکننده و نیز گستره پیامدهای منفی فساد، این تحقیق به دنبال آزمون تجربی و تعمیم نظریه‌ای داده‌بنیاد است که در راستای تبیین چرایی بروز فساد طراحی و تدوین شده است. توضیح آن اینکه در تحقیقی پیش از این مدیرنژاد و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با روش کیفی و با استراتژی نظریه‌داده‌محور با عنوان «واکاوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران» انجام دادند. از آنجاکه بنا بر ماهیت روش تحقیق به‌کارگرفته‌شده در آن پژوهش، امکان تعمیم داده‌ها و یافته‌ها به کل نظام سیستم بهداشت و درمان وجود ندارد، این تحقیق تدوین شده است تا با آزمون تجربی نظریه مذکور و تعمیم یافته‌های آن، چرایی پیدایش فساد در سیستم بهداشت و درمان را در سطحی کلی‌تر و عام‌تر بررسی کند.

شهر سرپل ذهاب دریافتند که از نظر مردم روند اختلاس در سطح جامعه افزایش یافته است و این در حالی است که در میزان ارتشا و پارتی‌بازی تغییر چندانی صورت نگرفته است. به‌علاوه، میزان ادراک از فساد مردان به‌طور معناداری بیشتر از زنان بود. بین گرایش‌های سیاسی نیز در وضعیت شاخص ادراک از فساد تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین بهشتی و همکاران در خصوص چرایی شکل‌گیری فساد اداری در یاسوج به این نتیجه رسیدند که سطوح مختلف اعتماد نهادی، احساس عدالت اجتماعی، دینداری و فردگرایی خودمحورانه می‌تواند ۵۱.۶ درصد از واریانس ادراک فساد شهروندان را تبیین کند.

مدیرنژاد و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد را در نظام بهداشت و درمان ایران واکاوی کردند. براساس تحلیل داده‌ها، شش مقوله مرتبط با فرایند شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران، عبارت‌اند از: ضعف آموزش رسمی و غیررسمی، ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام بهداشت و درمان، اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت و درمان، ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان، و حوزه دارویی فسادزا در نظام بهداشت و درمان. مقوله‌های ذکرشده، ذیل مقوله هسته «سیستم فسادزای بهداشت و درمان» دسته‌بندی شد. باتوجه به دشواری‌های سنجش فساد واقعی (عینی)، پژوهش‌ها عمدتاً بر کم‌وکیف ادراک فساد متمرکز شده‌اند. ادراک فساد به معنای تصور افراد جامعه از مصادیق فساد و وضعیت آن در جامعه است. در ادامه به‌صورت مختصر نظریه مستخرج در این دو تحقیق توضیح داده می‌شود. زمینه‌هایی که خبرگان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عنوان کرده‌اند، عبارت‌اند از: زمینه‌های اقتصادی از ترکیب حجم فراوان پول در نظام بهداشت و درمان، مشکلات معیشتی و اقتصادی کارکنان و فرار مالیاتی، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی

روش کار

این پژوهش با استفاده از روش کمی و به شیوه پیمایشی انجام شده است. با استناد به شاخص‌های توسعه، جامعه آماری تحقیق، کادر بهداشت و درمان شهر شیراز (به‌عنوان شهری توسعه‌یافته و پیشرفته به لحاظ پزشکی) و شهر یاسوج (به‌عنوان شهری محروم) به تعداد ۲۳۰۰۰ نفر است. با استفاده از نرم‌افزار جی پاور و با در نظر گرفتن آلفای ۰/۱، توان آزمون ۸۰٪، حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد. شیوه نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای بوده است؛ به این صورت که ابتدا از بین بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت هر شهر به‌صورت تصادفی ساده، چهار بیمارستان و چهار مرکز بهداشت انتخاب و در مرحله بعد از بین کارکنان این مراکز هم به‌طور تصادفی در شهر شیراز ۲۰۸ نفر و در شهر یاسوج نیز ۱۷۶ نفر پاسخ‌گو انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات نیز، پرسشنامه محقق‌ساخته است.

متغیر وابسته این تحقیق ادراک فساد است. منظور از ادراک فساد، تصور افراد جامعه از وضعیت فساد و مصادیق آن در جامعه است. در واقع، در ادراک فساد، نگرش مردم درباره وضعیت فساد در ابعاد مختلف آن در سطح جامعه است. براساس مطالعات موجود، بین فساد ادراک‌شده به‌وسیله مردم و وجود واقعی فساد، همبستگی قوی و معناداری وجود دارد

(بهشتی و همکاران، ۱۳۹۹).

در این تحقیق تمامی متغیرها در طیف لیکرت اندازه‌گیری شده‌اند. ادراک فساد با ۷ گویه، زمینه‌های اقتصادی با ۱۲ گویه، زمینه‌های تقنینی با ۱۹ گویه، زمینه‌های تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی با ۱۰ گویه، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی با ۹ گویه، زمینه‌های فردی و عوامل سطح خرد با ۴ گویه اندازه‌گیری شده‌اند. برای بررسی پایایی متغیرها از شاخص سازگاری درونی گویه‌ها و به‌طور مشخص از ضریب آلفای کرونباخ ترکیبی^۱ و برای بررسی اعتبار متغیرها ابتدا از طریق اعتبار صوری و سپس از اعتبار همگرا و مشخصاً از شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده^۲ استفاده شده است. این شاخص‌ها در جدول ۳ گزارش شده‌اند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تکنیک مدل‌سازی معادلات ساختاری واریانس‌محور با استفاده از نرم‌افزار PLS Smart استفاده شده است.

یافته‌ها:

یافته‌های توصیفی:

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصدی افراد پاسخ‌گو را براساس جنس پاسخ‌گویان نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشتر پاسخ‌گویان زن بوده‌اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌گویان برحسب جنس آنان

Table 1- Frequency and percentage distribution of respondents according to their gender

جنس	فراوانی	درصد	درصد معتبر
مرد	۱۶۱	۴۱/۹	۴۱/۹
زن	۲۲۳	۵۸/۱	۵۸/۱
جمع	۳۸۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول ۲ آماره‌های به‌دست‌آمده از متغیرهای اصلی

بررسی شده در این تحقیق را نشان می‌دهد.

^۱ Composite Cronbach Alfa

^۲ AVE



جدول ۲- ویژگی‌های متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

Table 2- Characteristics of the independent and dependent variables of the research

تعداد گویه‌ها	بیشترین	کمترین	دامنه	میانگین طیف	میانگین	انحراف معیار	محورها
۳	۱۵	۳	۱۲	۹	۱۰.۵۱	۳/۴۱	حجم پول
۳	۱۵	۳	۱۲	۹	۱۱.۰۳	۱/۷۸	زمینه‌های اقتصادی
۶	۳۰	۶	۲۴	۱۸	۲۲/۳۳	۳/۹۹	مشکلات معیشتی و اقتصادی کارکنان
۷	۳۵	۷	۲۸	۲۱	۲۲/۸	۲/۸۹	فرار مالیاتی
۵	۲۵	۵	۲۰	۱۵	۱۶/۷۵	۳/۱۶	ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی
۷	۳۵	۷	۲۸	۲۱	۲۵/۶۹	۵/۵۱	زمینه‌های تقنینی
۳	۱۵	۳	۱۲	۹	۱۰/۹۶	۲/۸۸	تعارض منافع
۴	۲۰	۴	۱۶	۱۲	۱۳/۶۱	۳/۴۱	قابلیت تفسیر قوانین
۳	۱۵	۳	۱۲	۹	۹/۴۶	۱/۶۴	قدرت بلامنازع نظام پزشکی
۶	۳۰	۶	۲۴	۱۸	۲۱/۴۵	۴/۱۳	تصمیم‌گیری و ضعف در سیاست‌گذاری
۳	۱۵	۳	۱۲	۹	۹/۴۵	۳/۰۵	عوامل سازمانی
۴	۲۰	۴	۱۶	۱۲	۸/۳۸	۵/۱۹	نظام نادرست آموزش پزشکی
۷	۳۵	۷	۲۸	۲۱	۲۴.۸۸	۴/۹۰	زمینه‌های سوءمدیریت همراه نگاه قومی و پولی
							اجتماعی و به مسئولیت
							فرهنگی
							روابط خانوادگی
							عوامل فردی و
							زمینه‌های سطح
							عوامل فردی و زمینه‌های سطح خرد
							خرد
							ادراک فساد
							ادراک فساد

یافته‌های استنباطی

از شاخص سازگاری درونی گویه‌ها و به‌طور مشخص از ضریب آلفای کرونباخ ترکیبی^۱ و برای بررسی اعتبار، در سطح معرف از میزان بارهای عاملی و برای تعیین اعتبار در سطح عامل از شاخص میانگین واریانس استخراج شده^۲ استفاده شده است.

برای آزمون فرضیه‌ها در قالب مدل معادله ساختاری، ابتدا متغیرهای پنهان موجود در مدل به‌صورت مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی تدوین شدند و با تشکیل مدل ساختاری آنها فرضیه‌های تحقیق آزمون شده‌اند. برای بررسی پایایی متغیرها

^۲ AVE^۱ Composite Cronbach Alfa

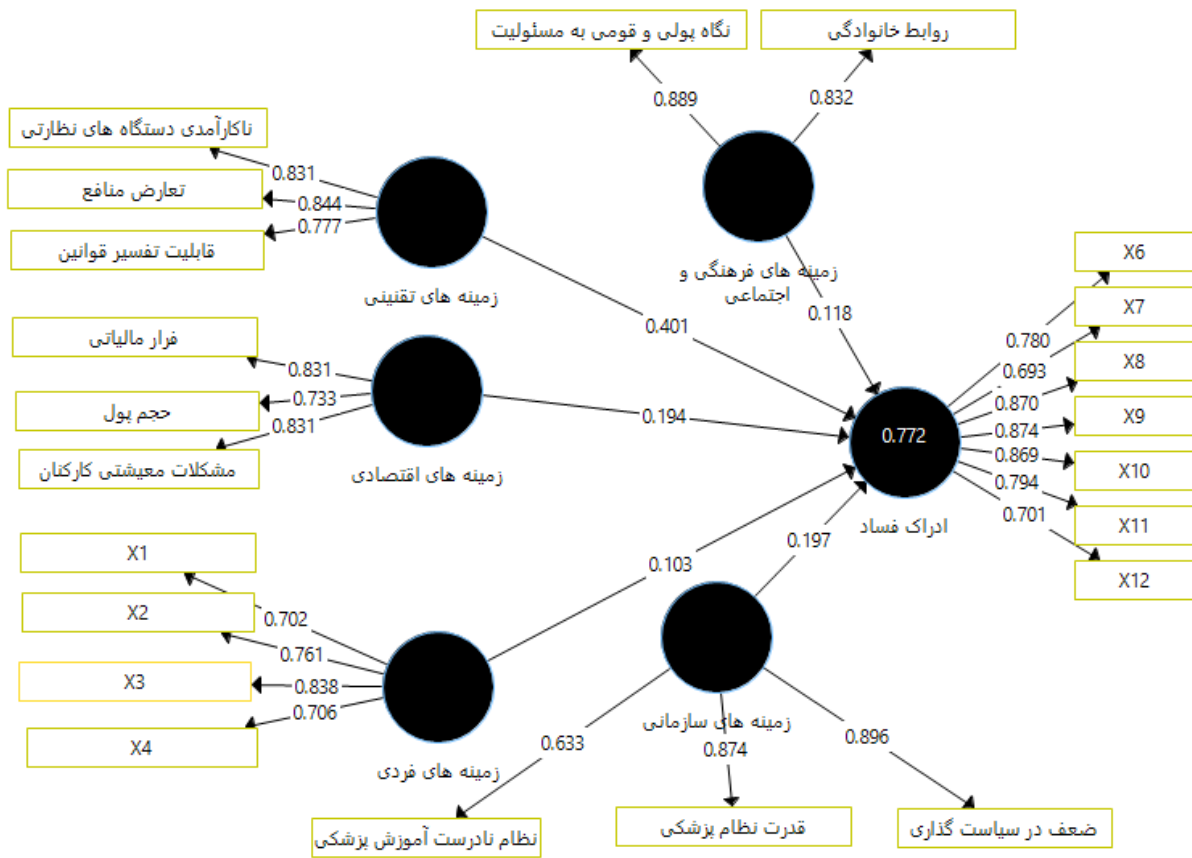
جدول ۳- خلاصه نتایج مدل اندازه‌گیری

Table 3- Summary of measurement model results

متغیر اصلی	معرف‌ها	بارهای عاملی	آلفای کرونباخ ترکیبی	میانگین واریانس استخراج شده
زمینه‌های تقنی	ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی	.۸۳۱	.۸۵۸	.۶۶۹
	تعارض منافع	.۸۴۴		
	قابلیت تفسیر قوانین	.۷۷۷		
زمینه‌های اقتصادی	مشکلات معیشتی	.۸۳۱	.۸۴۲	.۶۴۰
	فرار مالیاتی	.۷۳۳		
عوامل سازمانی تصمیم‌گیری و اجتماعی و فرهنگی	حجم پول	.۸۳۱	.۸۴۸	.۶۵۵
	قدرت بلامنازع نظام پزشکی	.۸۷۴		
	ضعف در سیاست‌گذاری	.۸۹۶		
	نظام نادرست آموزش پزشکی	.۶۳۳		
عوامل فردی و سطح خرد	روابط خانوادگی	.۸۳۲	.۸۵۱	.۷۴۲
	نگاه پولی و قومی به مسئولیت	.۸۸۹		
	روحیه مسئولیت‌پذیری در کارکنان نظام بهداشت و درمان بالاست.	.۷۰۲		
	پزشکان سطح توقعشان از زندگی بالاست.	.۷۶۱		
	عده‌ای از کارکنان نظام بهداشت و درمان می‌خواهند راه صدساله را یک‌شبه طی کنند.	.۸۳۸		
	کارمندان با غیبت‌های غیرموجه مانع دریافت خدمات به‌موقع می‌شوند.	.۷۰۶		
	افراد برای دریافت خدمات درمانی مجبور به پرداخت رشوه و زیرمیزی هستند.	.۷۸۰		
	در فرایند تأمین دارو و تجهیزات پزشکی توسط کارگزاران، فساد وجود دارد.	.۶۹۳		
	در میان کادر بهداشت و درمان، استفاده شخصی از اموال عمومی رایج است.	.۸۷۰		
	تأمین‌کنندگان دارو مبالغی غیرواقعی، غیرمنصفانه و سودجویانه طلب می‌کنند.	.۸۷۴		
ادراک فساد	افراد برای بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی نیاز به استفاده از پارتی دارند.	.۸۶۹	.۹۲۵	.۶۴۱
	پارتی‌بازی در نظام بهداشت و درمان امری رایج است.	.۷۹۴		
	بیماران برای دریافت به‌موقع خدمات با اخاذی کادر درمانی مواجه می‌شوند.	.۷۰۱		

تجربی و مدل نظری به اندازه قابل‌قبولی با هم هماهنگ هستند.

شاخص SRMR، به میزان ۰/۰۹۷، نشان‌دهنده برآزش مناسب و قابل قبول مدل است، همچنین نشان می‌دهد داده‌های



شکل ۱- مدل معادله ساختاری برآورده شده پژوهش

Fig 1- Estimated structural equation model of the research

متغیرهای مستقل تحقیق بر ادراک فساد به صورت کل و نیز به تفکیک دو شهر شیراز و یاسوج نشان داده شده است.

نتیجه آزمون فرضیه‌های این تحقیق به صورت کلی در قالب جدول ۴ ارائه شده است. در این جدول اثر استاندارد هر یک از

جدول ۴- آزمون فرضیه‌های تحقیق

Table 4- Testing research hypotheses

نتیجه فرضیه	سطح معناداری	ضریب تأثیر در سطح جامعه آماری		ضریب تأثیر استاندارد شده در سطح نمونه	فرضیه‌ها
		بیشترین مقدار	کمترین مقدار		
تأیید	/۰۰۰	/۴۹۰	/۳۱۶	/۴۰۲	ادراک فساد ← کل نمونه
تأیید	/۰۰۰	/۴۶۳	/۳۰۱	/۳۸۳	ادراک فساد ← یاسوج (ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، تعارض منافع و قابلیت تفسیر قوانین)
تأیید	/۰۰۱	/۴۷۶	/۲۹۶	/۳۸۸	ادراک فساد ← شیراز
تأیید	/۰۰۰	/۲۹۲	/۰۹۱	/۱۹۴	ادراک فساد ← کل نمونه
تأیید	/۰۰۴	/۲۹۱	/۰۸۴	/۱۸۷	ادراک فساد ← یاسوج (مشکلات معیشتی، فرار مالیاتی و حجم فراوان پول)
تأیید	/۰۰۰	/۲۹۰	/۰۷۳	/۱۸۲	ادراک فساد ← شیراز
تأیید	/۰۰۲	/۳۰۰	/۰۸۹	/۱۹۵	ادراک فساد ← کل نمونه
تأیید	/۰۰۱	/۲۸۹	/۰۰۸۴	/۱۸۹	ادراک فساد ← یاسوج
تأیید	/۰۰۱	/۲۹۵	/۰۸۵	/۱۹۳	ادراک فساد ← شیراز
تأیید	/۰۰۴	/۲۰۶	/۰۳۶	/۱۲۰	ادراک فساد ← کل نمونه
تأیید	/۰۰۰	/۲۰۸	/۰۳۴	/۱۱۹	ادراک فساد ← یاسوج
تأیید	/۰۰۵	/۱۹۸	/۰۳۲	/۱۱۶	ادراک فساد ← شیراز
تأیید	/۰۰۷	/۱۷۱	/۰۳۱	/۱۰۳	ادراک فساد ← کل نمونه
تأیید	/۰۳۰	/۰۷۶	/۰۰۹	/۰۷۴	ادراک فساد ← یاسوج
رد	/۰۹۶	-	-	/۰۶۸	ادراک فساد ← شیراز

نمونه بر ادراک فساد در سیستم بهداشت و درمان اثرگذار است و این ضریب تأثیر در سطح جامعه آماری عددی بین

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، زمینه‌های تقنینی با ضریب تأثیر (/۴۰۲) و سطح معنی‌داری (/۰۰۰) در سطح

زمینه‌های تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی در هر دو شهر یاسوج و شیراز بر ادراک فساد اثرگذار است و تفاوت معناداری بین میزان تأثیر این زمینه‌ها بر ادراک فساد در این دو شهر وجود ندارد. زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی با ضریب تأثیر (۰/۱۲۰) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۴) در سطح نمونه بر ادراک فساد در سیستم بهداشت و درمان اثرگذار است و این ضریب تأثیر در سطح جامعه آماری عددی بین حداقل ۰/۰۳۶ و حداکثر ۰/۲۰۶ است. این فرضیه نیز با فاصله اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی در هر دو شهر یاسوج و شیراز بر ادراک فساد اثرگذار است و تفاوت معناداری بین میزان تأثیر این زمینه‌ها بر ادراک فساد در این دو شهر وجود ندارد.

جدول فوق نشان می‌دهد که زمینه‌های فردی و سطح خرد با ضریب تأثیر (۰/۱۰۳) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۷) در سطح نمونه بر ادراک فساد در سیستم بهداشت و درمان اثرگذار است. این فرضیه با فاصله اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود. مقدار تأثیر این متغیر بر ادراک فساد در سطح جامعه آماری عددی بین حداقل ۰/۰۳۱ و حداکثر ۰/۱۷۱ است. نتایج نشان‌دهنده این است که زمینه‌های فردی در شهر یاسوج بر ادراک فساد اثرگذار است؛ اما این فرضیه در شهر شیراز رد می‌شود.

برای بررسی قدرت تبیین‌کنندگی و پیش‌بینی بخش ساختاری مدل نیز از شاخص‌های مجذور R، مجذور Q و نیز مجذور F استفاده شده است. نتایج آنها در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

حداقل ۰/۳۱۶ و حداکثر ۰/۴۹۰ است. در مجموع این فرضیه با عنوان اثر زمینه‌های تقنینی بر ادراک فساد در فاصله اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود. میزان این ضریب چنان‌که پیداست نشان‌دهنده اثر قوی این متغیر بر ادراک فساد است. از طرفی نتایج نشان‌دهنده اثر قوی زمینه‌های تقنینی در هر دو شهر شیراز و یاسوج است و باتوجه به هم‌پوشانی سطح اطمینان ضرایب برآوردشده درباره این زمینه‌ها در این دو شهر تفاوت معناداری وجود ندارد. زمینه‌های اقتصادی با ضریب تأثیر (۰/۱۹۴) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) در سطح نمونه بر ادراک فساد در سیستم بهداشت و درمان اثرگذار است. این فرضیه نیز با فاصله اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود. مقدار ضریب تأثیر این متغیر بر سطح ادراک فساد در سطح جامعه آماری مقداری بین حداقل ۰/۰۹۱ و حداکثر ۰/۲۹۲ است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، زمینه‌های اقتصادی در هر دو شهر یاسوج و شیراز بر ادراک فساد اثرگذار است؛ اما باتوجه به هم‌پوشانی ضرایب رؤیت‌شده تفاوت معناداری بین میزان تأثیر این متغیر بر ادراک فساد در این دو شهر وجود ندارد.

زمینه‌های تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی با ضریب تأثیر (۰/۱۹۵) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۲) در سطح نمونه روی ادراک فساد در سیستم بهداشت و درمان اثرگذار است. این فرضیه نیز با فاصله اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود. ضریب تأثیر برآوردشده در سطح جامعه آماری عددی بین حداقل ۰/۰۸۹ و حداکثر ۰/۳۰۰ است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود،

جدول ۵- شاخص‌های کیفیت بخش ساختاری مدل

Table 5- Quality indicators of the structural part of the model

مقدار	شاخص
۰/۷۶۹	Adjusted R Square
۰/۴۵۴	شاخص ارتباط پیش‌بین Q^2
۰/۰۴۳	زمینه‌های اقتصادی
۰/۳۲۵	زمینه‌های تقنینی
۰/۰۴۵	زمینه‌های سازمانی
۰/۰۲۹	زمینه‌های فردی
۰/۰۲۶	زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی

تقنینی بر ادراک فساد بسیار بیشتر از بقیه عوامل و زمینه‌هاست. باتوجه به اینکه دو عامل مهم در شکل‌گیری فساد زمینه‌های تقنینی و اقتصادی هستند، می‌توان گفت فساد یک مشکل مرتبط با حکمرانی است (Schacter & Shah, 2001). فساد باید در چارچوب حکمرانی نگریسته شود؛ زیرا نشانه ضعف نهادی و اساسی حکمرانی است. از آنجایی که فساد به‌عنوان نشانه شکست حکومت تلقی می‌شود، مهار فساد نیازمند پرداختن به علل سوء حکمرانی است. عدم پاسخ‌گویی، شفافیت و مشارکت مردم در فرایند تصمیم‌گیری، فقدان حاکمیت قانون، بی‌احترامی به حقوق بشر، تخصیص نادرست منابع و کنترل بر مطبوعات از مهم‌ترین ویژگی‌های حکمرانی معیوب است. محیط حکمرانی معیوب شرایطی را ایجاد می‌کند که فساد می‌تواند به‌راحتی رشد کند. یافته‌های پژوهش ملامبو و همکاران^۱ (2019) نیز از بین عوامل مختلف سیاسی عواملی همچون ساختارهای حکومتی بد، قوانین ضعیف و بی‌ثباتی سیاسی را مهم‌ترین عوامل مؤثر بر فساد می‌داند.

همان‌طور که بیان شد، مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان یکی از عوامل مؤثر بر ادراک فساد در نظام بهداشت و درمان بوده است. این یافته، یافته‌های عبدالهی و منصور (2015) را تأیید می‌کند. در واقع عنصر فشار در اینجا فراهم می‌شود؛ عنصر فشار بیان می‌کند که افراد در اثر فشار، وارد فساد می‌شوند. این فشار ممکن است شامل اهداف شغلی، هزینه‌های پزشکی پیش‌بینی نشده، مشکلات اعتیاد، محدودیت‌های مالی، قمار، فشار همسالان، سبک زندگی تجملاتی، طمع و وام باشد. همچنین اهداف غیرواقعی نیز ممکن است کارکنان را به مشارکت در این شکل از فساد تحریک کند (Abdullahi & Mansor, 2015). این موضوع در رابطه با کشور ایران بسیار بیشتر خود را نشان می‌دهد و دلیل آن را هم باید در شرایط بی‌ثبات اقتصادی و سطح تورم بالا و فرایند جست‌وجو کرد که عمده‌تاً طبقات حقوق‌بگیر را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از طرفی باید گفت فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران ساختاری و نظام‌مند شده است و بسیاری از فسادها در

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، این پنج متغیر در کنار هم قادرند ۷۶/۹ درصد از واریانس ادراک فساد را در نظام بهداشت و درمان ایران تبیین کنند و ۲۳/۱ درصد از واریانس ناشی از عوامل دیگری است که در این پژوهش بررسی نشده است. از طرفی تأثیر عوامل تقنینی بر ادراک فساد بسیار بیشتر از بقیه عوامل و زمینه‌هاست. باتوجه به خاصیت نسبی بودن اندازه اثر متغیرها می‌توان گفت زمینه‌های تقنینی نه‌تنها بیشترین اثر را بر ادراک فساد دارد، بلکه میزان اثرگذاری آن ۷.۵ برابر زمینه‌های اقتصادی، ۷.۲ برابر زمینه‌های سازمانی، ۱۱.۲ برابر زمینه‌های فردی و در نهایت ۱۲.۵ برابر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی است.

بر اساس شاخص Q^2 می‌توان نتیجه‌گیری کرد که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مدل ساختاری ادراک فساد در حد متوسط است.

بحث و نتیجه

چنان‌که توضیح داده شد، هدف اصلی از تدوین این مقاله، آزمون و تعمیم‌بخشی به یافته‌های نظریه داده‌بنیادی است که محققین با مصاحبه در بین دست‌اندرکاران وزارت بهداشت و درمان در خصوص چرایی بروز فساد در سیستم بهداشت و درمان، طراحی و تدوین کرده‌اند.

بر اساس داده‌های توصیفی از مجموع ۳۸۴ نفر پاسخ‌گویان این تحقیق، بیشتر پاسخ‌گویان زن و اکثر آنها در شهر شیراز مشغول به کار بوده‌اند. بررسی مدل معادلات ساختاری تأثیر زمینه‌های اقتصادی، تقنینی، و تصمیم‌گیری و عوامل سازمانی، زمینه‌های فردی و سطح خرد، و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بر ادراک فساد نشان داد که مقادیر ضریب تأثیر همه زمینه‌ها دارای مقادیر معنی‌داری کوچک‌تر از ۰.۰۵ هستند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که در فاصله اطمینان ۹۹ درصد، پنج فرضیه اصلی پژوهش تأیید شد. در مجموع متغیرهای مستقل این تحقیق می‌توانند در کنار هم ۷۶/۹ درصد از واریانس ادراک فساد در نظام بهداشت و درمان ایران را تبیین کنند. ضمن اینکه اثر عوامل

¹ Mlambo et al

فساد یکی از علائم شکست حکومت‌داری اساسی است، هرچه میزان بروز فساد بیشتر باشد، استراتژی مبارزه با فساد باید بیشتر بر ویژگی‌های زیربنایی محیط حکمرانی متمرکز شود که امکان دستیابی به ابعاد بومی را برای فساد ممکن می‌سازد (Schacter & Shah, 2001).

در مجموع نتایج این تحقیق نشان می‌دهد آنچه به‌عنوان فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران دیده می‌شود، منفک از شرایط فسادزا در جامعه ایران نیست و برای برخورد جدی با آن نیز چاره‌ای جز اصلاح رویه‌ها و ساختار رسمی و غیررسمی فسادزا نیست. به بیان دیگر با نگاهی به یافته‌های تحقیق به‌ویژه با توجه به ضریب اهمیت کم عوامل فردی و مقدار زیاد این ضریب در ابعاد تقنینی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌توان به این نتیجه کلی رسید که آنچه در ایران به‌عنوان فساد در حوزه سلامت اتفاق می‌افتد، فساد خرد و فردی نیست که بتوان با تکیه بر سیستم‌های کنترل فردی اعم از درونی یا بیرونی مانند دین‌داری افراد، افزایش میزان پایبندی افراد به اخلاقیات یا برخورد پلیس با فرد متخلف مانع از بروز آن شد؛ بلکه فساد ذکر شده از نوع فساد سیستماتیک است؛ به این معنا که سازوکارهایی در بروز پدیده فساد در این زمینه دخالت دارد که جنبه ساختاری دارد و خود را به افراد تحمیل می‌کند. ساده‌ترین سند چنین وضعیتی نیز در ایران این است که با وجود برخوردهای قهری با برخی افراد مفسد نظیر سلاطین سکه، خودرو، ارز و ... عملاً تغییر خاصی در شرایط موجود اتفاق نمی‌افتد و چه بسا هر روزه بر ملا شدن فسادهایی در سطح و گستره وسیع‌تر از موارد قبلی مشاهده می‌شود.

این یافته با یافته‌های تمامی نظریه‌پردازان جامعه‌شناس در زمینه فساد انطباق و هماهنگی دارد. همان‌طور که دیده شد، زمینه‌های تقنینی تأثیر درخور توجهی بر ادراک فساد در سطح جامعه آماری داشت؛ بنابراین، تا قوانین، قوانینی باشند که قابلیت تفسیر زیادی داشته باشند و توسط نمایندگان تصویب شده باشند که منفعت خود و گروهشان را بر منافع عموم ترجیح

رویه‌های کاملاً قانونی صورت می‌گیرد و در مواردی غیر از این هم به دلایل ضعف‌ها و خلأهای قانونی و به‌ویژه اجرایی، قانون‌بازدارندگی لازم را برای جلوگیری از وقوع فساد ندارد. باید یادآور شد که ضعف قانون از دو جنبه بر روند فساد تأثیر می‌گذارد؛ از یک طرف ضعف قوانین مناسب در مبارزه علیه فساد و به تعبیری فقدان قانون منسجم ضد فساد به‌عنوان عاملی مؤثر در بروز و گسترش فساد عمل می‌کند. پس قوانین ناکارآمد در بخش‌های تجاری، مالی، بانکی، ثبت اسناد و سایر ابعاد اقتصادی، خود پناهگاهی برای افراد فاسد و بروز فساد مالی می‌شود. از طرف دیگر قوانین غیرشفاف متعدد، متناقض و ناهماهنگ منفرجهایی برای کارمندان عالی‌رتبه و نیز رده‌پایین و فرصت‌طلبان پدید می‌آورد تا با سوءاستفاده از آنها بتوانند در لایه‌های آنها به حیات خود ادامه دهند و در نهایت فساد مانند دژی محکم و تسخیرناپذیر در ساختارهای دولتی کشورهای جهان سوم باقی بماند (ربیع، ۱۳۸۳: ۶۷). نتایج تحقیق رحمانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان از آن دارد که دو مؤلفه حاکمیت قانون همچون مبنا قراردادن قانون اساسی، شفافیت قانون، عدم پیچیدگی قانون و کیفیت مقررات همچون ضعف دولت در اجرای خط‌مشی‌ها و تدوین مقررات برای مشارکت بیشتر بخش خصوصی تأثیر بسزایی در کاهش فساد دارد.

نتایج این تحقیق هماهنگ با یافته‌های پوپ^۱ (2000) نشان می‌دهد که تلاش‌ها برای مبارزه با فساد باید بر اصلاح و تغییر سیستم‌ها تأکید کند. ماهیت طرح‌های ضد فساد باید به کیفیت حاکمیت موجود کشور بستگی داشته باشد. کشورهای با فساد زیاد کیفیت پایینی در حکمرانی دارند (Schacter & Shah, 2001). در کشوری با فساد زیاد و کیفیت پایین حکمرانی، اولویت‌ها در تلاش‌های ضد فساد باید برای برقراری حاکمیت قانون، تقویت نهادهای مشارکت و پاسخ‌گویی و محدودکردن مداخلات دولت باشد. فساد باید با کاهش فرصت‌های فساد از طریق بهبود کیفیت حکمرانی بررسی شود. اسپاستر و شاه^۲ (2001) بیان می‌کنند از آنجایی که

² Schacter & Shah

¹ Pope

دست‌های تمیز و رفتارهای غیرشفاف و طبیعتاً غیرپاسخ‌گو چطور می‌توان از دیگر قوا و اعضایشان سؤال کرد؛ بنابراین، لازم است که در ابتدا نماینده، خود در رفتار و عملکرد (منافع، دارایی، مبنای صحت این امر و تحقق آن، مزایا، رفتارهای انتخاباتی و ...) شفافیت و سلامت کامل را داشته باشد. مبنای صحت این امر و تحقق آن پذیرش اصل نظارت بر رفتار نمایندگان قوه مقننه و صیانت از اعتماد عمومی به نمایندگان است. یکی از اصول مهم در عرصه حقوق عمومی اصل «نظارت» است که اقتضا دارد تا اعمال و اختیارات تمامی مراجع و مقام‌های حکومتی به نفع تضمین حق‌ها و آزادی‌های شهروندان و منافع عمومی تحت نظارت دقیق قرار گیرد. فراگیری اصل نظارت مستلزم آن است که نمایندگان مجلس نیز از آن فارغ نباشند. به‌علاوه صیانت از سرمایه اعتماد عمومی به نمایندگان و مجموعه سیاسی حاکمیت و تخمین دولت قانون‌مدار و اصل برابری همگان در مقابل قانون نیز تبیین‌کننده امر ضرورت نظارت بر رفتار نمایندگان است؛ بنابراین، امر نظارت بر رفتار حرفه‌ای نمایندگان امری اجتناب‌ناپذیر است و باید مورد توجه و رسمیت خاص قرار گیرد و درخصوص طرق و روش‌های اعمال آن نیز فکری شایسته کرد.

البته لزوماً اجرای موارد فوق به معنای تأسیس یک نهاد نظارتی جدید یا دعوت از نمایندگان به داشتن مکارم اخلاقی نیست و می‌توان با انجام برخی اقدامات تجربه‌شده در بسیاری از کشورها آنها را ایجاد کرد؛ برای مثال در اولین قدم می‌توان با ایجاد آزادی بیان و به‌ویژه آزادی رسانه‌ها، به حداکثر رساندن استقلال نهادهای نظارتی و قضایی، اصلاح سازوکار انتخابات و به‌ویژه شفاف‌سازی منابع مالی، رقابت انتخاباتی کاندیداها و نیز تحزب‌گرایی به معنی واقعی کلمه و نه نمایشی در این زمینه قدم‌های مؤثری برداشت.

از طرفی باید گفت یافته‌های تحقیق نشان‌دهنده تأثیرگذاری زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی (روابط خانوادگی، و نگاه پولی و قومی به مسئولیت) بر ادراک فساد است. متأسفانه در کشور ما دخالت برخی نمایندگان در عزل و نصب‌ها

می‌دهند و از طرفی، نهادهای نظارتی هم کارایی لازم را نداشته باشند، نمی‌توان امید داشت که فساد کاسته شده و از بین برود؛ به عبارت دیگر تا زمانی که در ایران در بعد ساختاری قواعد مبارزه و به‌ویژه قواعد پیشگیری از فساد اجرایی نشود، هرگونه مبارزه با فساد محکوم به شکست است.

نتیجه این تحقیق مبنی بر تأثیر چشمگیر زمینه‌های تقنینی بر ادراک فساد با نتایج تحقیق اجلی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. آنها نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بین عوامل فراسازمانی مؤثر بر فساد، عوامل قانونی در درجه اول اهمیت قرار دارند. در واقع همان‌طور که تنزی^۱ (۱۹۹۸) اشاره کرد، «وجود مقررات و مجوزها نوعی قدرت انحصاری به مقاماتی می‌دهد که باید مجوز بازرسی فعالیت را بدهند» (Tanzi, 1998). تنزی همچنین خاطر نشان می‌کند که در بوروکراسی ناکارآمد، مقررات کمتر شفافیت دارند (کاهش مسئولیت‌پذیری) و اینکه مجوزها معمولاً توسط افراد خاص داده می‌شود (کاهش رقابت). هر دوی این عوامل سطوح بالاتری از فساد را نشان می‌دهد (Goel & Nelson, 2010).

به عبارت دیگر قاعده اصولی، منطقی و قابل‌پذیرش این است که نمایندگان مجلس برای مبارزه با فساد، نخست خود می‌بایست نمونه فرد خوب و سالمی در این خصوص باشند و به‌عنوان الگو و سرمشق برای جامعه، مردم و دیگر قوا به ایفای نقش بپردازند. مشروعیت و مقبولیت قوه مقننه توسط آرای مردم و با تفویض اختیار مردم به رسمیت شناخته می‌شود و علی‌القاعده این قوه مجموعه نماینده سیاسی و حقوقی مردم به حساب می‌آید و می‌تواند در دو فرایند پس از انتخابات و حین انجام انتخابات به‌عنوان الگوی رفتاری مردم در مقابله با فساد و ایجاد شفافیت مؤثر و اثرگذار باشد. با این توصیف می‌توان این‌گونه تقریر کرد که نمایندگان مجلس در هر جای به‌عنوان الگو در حفظ استاندارد اخلاقی مورد توجه و زیر ذره‌بین هستند. نمایندگان در امر مقابله و مبارزه با فساد نمی‌توانند درخواست حفظ اصول و استانداردهایی از دیگران را داشته باشند، ولی خود آنها را رعایت نکنند. بدون

¹ Tanzi

خداپناه، م. (۱۳۹۴). برآورد شاخص فساد اقتصادی در ایران به روش فازی و بررسی رابطه آن با اقتصاد زیرزمینی با استفاده از آزمون علیت هشیانو. *اقتصاد مقداری*، ۱۲ (۳)،

۲۵-۱. <https://doi.org/10.22055/jqe.2015.11891>

دیده‌بان شفافیت و عدالت (۳۰ آبان ۱۳۹۷). *رقم فرار مالیاتی پزشکان معادل یارانه ۱۲ میلیون ایرانی در سال است*.

جامعه خبری تحلیلی الف.

<https://www.alef.ir/news/3970830139.html?show=text>

ربیعی، ع. (۱۳۸۳). *زنده‌باد فساد! جامعه‌شناسی سیاسی فساد در دولت‌های جهان سوم*. سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

رحمانی، ح.، موسی‌خانی، م.، و معمارزاده طهران، غ. (۱۳۹۳).

سیستم پیش‌بینی‌کننده استنتاج فازی حکمرانی خوب در مبارزه با فساد اداری. *خط‌مشی‌گذاری عمومی در مدیریت (رسالت مدیریت دولتی)*، ۵ (۱۳-۱۴)، ۱-۱۲.

<https://sid.ir/paper/199014/fa>

رفیع‌پور، ف. (۱۳۹۸). *سرطان اجتماعی فساد*. سهامی انتشار. فرج‌پور، م. (۱۳۸۳). *فقر، فساد، تبعیض: موانع توسعه در ایران*. رسا.

محسنی، م. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی پزشکی*. چاپ پنجم. طهوری.

مدبرنژاد، ع.، بهشتی، س. ص.، قاسمی، و.، و مرادی، ر. (۱۴۰۲). *واکاوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران*. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۴ (۲)، ۷۱-۱۰۰.

<https://doi.org/10.22108/jas.2023.136724.2363>

مدبرنژاد، ع.، بهشتی، س. ص.، قاسمی، و.، و مرادی، ر. (۱۴۰۱). *به‌کارگیری شاخص آنتروپی شانون در تبیین زمینه‌های شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران*. *دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۲۰ (۴)،

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6185-fa.html> ۳۹۳-۴۰۶

مردعلی، م.، نصیری‌پور، ا. ا.، مسعودی اصل، ا.، و عابدی جعفری، ح. (۱۳۹۶). *مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران*. *حقوق پزشکی*، ۱۱ (۴۳)، ۱۲۷-۱۴۶.

<http://ijmedicallaw.ir/article-1-800-fa.html>

موجب می‌شود تا افرادی بر مسند قدرت بنشینند که شایستگی لازم را ندارند و تنها به‌واسطه رأی‌دادن به شخص خاص قدرت گرفته‌اند و از طرفی نگاهشان به مسئولیت‌نگاهی پولی و قومی است و سعی دارند از مدت محدود مسئولیت، نهایت استفاده را در جهت تأمین منافع خود و بستگان ببرند. این موضوع در نظام بهداشت و درمان می‌تواند آسیب بیشتری داشته باشد؛ زیرا از یک سو بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسیار زیاد است و امکان سوءاستفاده هم فراهم است و از طرف دیگر فساد در حوزه بهداشت و درمان می‌تواند تفاوت بین مرگ و زندگی را رقم بزند.

از طرف دیگر براساس نتایج تحقیق، روابط خانوادگی افراد می‌تواند بر ادراک فساد اثرگذار باشد. نظریه کنترل اجتماعی نیز بیان می‌کند که پیوند میان فرد و نهادهای مختلف عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی فساد و کج‌رفتاری است؛ بنابراین، وقتی روابط خانوادگی دچار نابسامانی می‌شود، می‌توان انتظار داشت که فرد به سمت کج‌رفتاری برود.

منابع فارسی

اجلی، م.، عظیمی، ح.، و قاسمیان صاحبی، ا. (۱۳۹۴). *ارائه رویکرد ترکیبی ANP_DEMATEL فازی برای تحلیل عوامل فراسازمانی مؤثر در بروز فساد اداری و مالی در سازمان‌های دولتی*. *پژوهش‌های مدیریت راهبردی*، ۲۱ (۵۸)، ۲۹-۵۱. <https://www.sid.ir/paper/497884/fa>

بهشتی، س. ص.، و خانمحمدی، ا. (۱۳۹۹). *بررسی وضعیت ادراک از فساد و عوامل مرتبط با آن؛ مطالعه شهروندان شهر سرپل ذهاب*. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۱ (۴)، ۴۵-۷۲. <https://doi.org/10.22108/jas.2020.113537.1517>

بهشتی، س. ص.، مرادی، ر.، و پاک‌نژاد، م. ن. (۱۳۹۹). *تبیین جامعه‌شناختی عوامل اجتماعی مؤثر بر ادراک فساد اداری (مورد مطالعه: ارباب‌رجوعان ادارات دولتی شهر یاسوج)*. *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۷ (۲)، ۲۶۱-۲۲۳. <https://doi.org/10.22067/social.2021.69758.1030>

References

- Ajali, M., Azimi, H., & Ghasemian-Sahebi, A. (2015). Presenting a combined fuzzy ANP-DEMATEL approach for analyzing effective trans-organizational factors in the occurrence of administrative and financial corruption in government organizations. *Strategic Management Research*, 21(58), 29-51. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/497884/fa>
- Abdullahi, R., & Mansor, N. (2015). Fraud triangle theory and fraud diamond theory. Understanding the convergent and divergent for future research. *European International Journal of Academic Research in Accounting Finance and Management Sciences*, 5(4), 54-64. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARAFMS/v5-i4/1823>
- Beheshti, S. S., & Khanmohammadi, E. (2020). Investigating the status of perceptions of corruption and related factors in Sarpol-e-Zahab City. *Journal of Applied Sociology*, 31(4), 45-72. [In Persian] <https://doi.org/10.22108/jas.2020.113537.1517>
- Beheshti, S. S., Moradi, R., & Paknejhad, M. N. (2021). The sociological explanation of social factors affecting the perception of corruption (Case study: Clients of Government Offices in Yasouj). *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences*, 17(2), 261-223. [In Persian] <https://doi.org/10.22067/social.2021.69758.1030>
- Dupuy, K., & Divjak, B. (2015). *Ebola and Corruption: Overcoming Critical Governance Challenges in a Crisis Situation*. U4 Brief
- Farajpour, M. (2004). *Poverty, Corruption, Discrimination: Obstacles to Development in Iran*. Rasa Publishing House. [In Persian]
- Goel, R. K., & Nelson, M. A. (2010). Causes of corruption: History, geography and government. *SSRN Electronic Journal*, 32(4), 433-447. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2010.05.004>
- Khodapanah, M. (2015). Estimate the index of corruption in Iran using Fuzzy logic and investigation of its relationship with the underground economy using Hsiao causality test. *Quarterly Journal of Quantitative Economics (JQE)*, 12(3), 1-25. [In Persian] <https://doi.org/10.22055/jqe.2015.11891>
- Kurer, O., & Jain, A. K. (2001). *The Political Economy of Corruption*. Routledge.
- Lancaster, T. D., & Montinola, G. R. (1997). Toward a methodology for the comparative study of political corruption. *Crime, Law and Social Change*, 27, 185-206. <https://doi.org/10.1023/A:1008274416350>
- Langseth, P. (2016). Measuring corruption. In *Measuring corruption* (pp. 7-44). Routledge.
- Mackey, T. K., Vian, T., & Kohler, J. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 634-643. <https://doi.org/10.2471/blt.18.209502>
- Mardali, M., Nasiripour, A. A., Masoudiasl, I., & Abedi-Jafari, H. (2018). Model of corruption measurement for Islamic Republic of Iran's health care system. *Medical law*, 11(43), 127-146. [In Persian] <http://ijmedicallaw.ir/article-1-800-fa.html>
- Mlambo, D. N., Mubecua, M., Mlambo, V. H., & Mpanza, S. E. (2019). Corruption and its implications for development and good governance: A perspective from Post-Colonial Africa. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 11(1), 39-47. https://www.researchgate.net/publication/331649151_
- Modabernejhad, A., Beheshti, S. S., Ghasemi, V., & Moradi, R. (2023). Analyzing the foundations of formation and prevalence of corruption in Iran's Healthcare system. *Journal of Applied Sociology*, 34(2), 71-100. [In Persian] <https://doi.org/10.22108/jas.2023.136724.2363>
- Modabernejhad, A., Beheshti, S. S., Ghasemi, V., & Moradi, R. (2023). Applying Shannon's Entropy index in explaining corruption prevalence in Iran's healthcare system. *Journal of the School of Public Health and Health Research Institute*, 20(4) 393-406. [In Persian] <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6185-fa.html>
- Mohseni, M. (2006). *Medical Sociology*. 5th edition. Tahouri. [In Persian]
- Pope, J. (2000). *Confronting Corruption: The Elements of a National Integrity System*. Transparency International.
- Rabiei, A. (2004). *Long Live Corruption! The Political Sociology of Corruption in Third World Governments*. Printing and Publishing Organization of the Ministry of Culture and Islamic Guidance. [In Persian]
- Rafipour, F. (2019). *Corruption: Social Cancer*. Joint Publication. [In Persian]
- Rahmani, H., Musakhani, M., & Memarzadeh-Tehran, G. (2014). Fuzzy inference predictive system for good governance in combating administrative corruption. *Public Policy in Management (Public Administration Mission)*, 5(13-14), 1-12. [In Persian] <https://sid.ir/paper/199014/fa>
- Schacter, M., & Shah, A. (2001). *Look Before You Leap: Notes for Corruption Fighters*. Institute On Governance.
- Savedoff, W. D., & Karen, H. (2006). Why are health systems prone to corruption. In *Global Corruption Report 2006*, (pp. 4-16). Pluto Press.
- Tanzi, V. (1998). Corruption around the world: causes, consequences, scope, and cures. *Staff Papers International Monetary Fund*, 45, 559-594. <https://link.springer.com/article/10.2307/3867585>
- Transparency International (2023). *Global Corruption Report*.
- Transparency and Justice Watch (2018). *The Amount of Tax Evasion by Doctors is Equivalent to a Subsidy of 12 Million Iranians per Year*. Analytical News Society A. [In Persian] <https://www.alef.ir/news/3970830139.html?show=text>

