



Comparative Study of Governance Patterns in the Battle against the Coronavirus

Farajollah Rahnavard

*Corresponding Author, Associate Prof., Department of Public Administration, Institute for Management and Planning Studies (IMPS), Tehran, Iran. E-mail: frahnavard@imps.ac.ir

Nahid Jebeli

MSc., Department of Information Technology, Institute for Management and Planning Studies (IMPS), Tehran, Iran. E-mail: n.jebeli@imps.ac.ir

Abstract

Objective: In the present study, an attempt has been made to compare the governance patterns in relation to the coronavirus in the studied countries.

Methods: The research method is a comparative study and 31 countries with the highest prevalence of coronavirus have been studied. Secondary data were collected and analyzed from international or regional organizations monitoring coronavirus.

Results: The research findings show that in the studied countries 1) the death rate and the expansion rate of coronavirus are at the expected level; 2) despite using similar policies in the fight against Corona, the policy implementation tools are different; 3) management and coordination mechanisms are designed under the supervision of the highest executive authority; 4) governance capacity in the fight against Coronavirus is low, but the government stringency is high; and 5) political stability is the only component of governance excellence that affects the rate of corona expansion.

Conclusion: Studies on the fight against Coronavirus have been less conducted with a governance approach. The study was able to reveal the similarities and differences between the governing patterns of the fight against Corona in different countries.

Keywords: Expansion rate, Coordination mechanism, Governance capacity, Government Stringency

Citation: Rahnavard, Farajollah and Jebeli, Nahid (2021). Comparative Study of Governance Patterns in the Battle against the Coronavirus. *Journal of Public Administration*, 13(3), 506-532. (in Persian)





مقایسه الگوهای حاکمیتی مبارزه با ویروس کرونا

فرج اله رهنورد

* نویسنده مسئول، دانشیار، گروه مدیریت دولتی، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران. رایانامه: frahnavard@imps.ac.ir

ناهید جبلی

کارشناسی ارشد، گروه مدیریت فناوری اطلاعات، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران. رایانامه: n.jebeli@imps.ac.ir

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر تلاش شده است تا الگوهای حاکمیتی در کشورهای مختلف در خصوص ویروس کرونا با یکدیگر مقایسه شود.
روش: این پژوهش از نوع مطالعه تطبیقی است. در این پژوهش ۳۱ کشور درگیر ویروس کرونا که دارای بیشترین میزان گسترش بودند، بررسی شدند. داده‌های ثانویه از سازمان‌های بین‌المللی یا منطقه‌ای پایش‌کننده ویروس کرونا گردآوری و تحلیل شدند.
یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در کشورهای بررسی‌شده، تعداد فوت‌شدگان و میزان گسترش کرونا در سطح مورد انتظار است، با وجود به‌کارگیری خط‌مشی‌های مشابه در مبارزه با کرونا، ابزارهای اجرای خط‌مشی متفاوت است، سازوکارهای هماهنگی زیر نظر بالاترین مقام اجرایی طراحی شده‌اند، ظرفیت حاکمیتی در مبارزه با کرونا پایین و سخت‌گیری حکومتی بالاست و ثبات سیاسی تنها مؤلفه تعالی حاکمیتی مؤثر بر نرخ گسترش کروناست.
نتیجه‌گیری: پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مبارزه با ویروس کرونا کمتر با رویکرد حاکمیتی انجام شده است. این پژوهش توانست با بررسی مقایسه‌ای الگوهای حاکمیتی مبارزه با کرونا در کشورهای مختلف، شباهت‌ها و تفاوت‌های این کشورها را آشکار کند.

کلیدواژه‌ها: میزان گسترش، سازوکار هماهنگی، ظرفیت حاکمیتی، سخت‌گیری حکومت

استناد: رهنورد، فرج‌اله و جبلی، ناهید (۱۴۰۰). مقایسه الگوهای حاکمیتی مبارزه با ویروس کرونا. مدیریت دولتی، ۱۳(۳)، ۵۰۶-۵۳۲.

مقدمه

ویروس‌های کرونا گروه بزرگی از ویروس‌ها هستند که می‌توانند حیوانات و انسان‌ها را آلوده کنند و باعث بروز ناراحتی‌های تنفسی شوند. این ناراحتی‌ها ممکن است به‌اندازه سرماخوردگی خفیف یا به‌اندازه ذات‌الریه شدید باشند. در موارد نادر، ویروس‌های کرونای حیوانی، انسان‌ها را آلوده می‌کنند، سپس بین آنها سرایت پیدا می‌کنند (مانوج، کومار، ولسراج، سیوان و واجایان^۱، ۲۰۲۰).

در ایران، در ۲۹ بهمن ۱۳۹۸، به‌دنبال فوت دو بیمار با عوارض تنفسی در بیمارستان کامکار قم، شایعاتی درباره مرگ این بیماران به‌علت کروناویروس شکل گرفت و در ۳۰ بهمن، نخستین موارد از کرونای جدید در شهر قم از طریق روابط عمومی وزارت بهداشت گزارش شد. در ۲ اسفند ۱۳۹۸، با اعلام رسمی فوت شدن چهار نفر، ایران پس از چین بیشترین تلفات ناشی از کروناویروس را به ثبت رساند. در حال حاضر، در ایران ۵/۴۵۹/۷۹۶ نفر به کرونا مبتلا و از آنان ۱۱۷/۹۰۵ نفر فوت کرده‌اند (ورلدمترز^۲، ۲۰۲۱). پرسش کلیدی آن است که چرا با وجود تجربه موفق چین، ژاپن و کره جنوبی، ایران در کنترل بیماری کرونا ناکام ماند و در حال حاضر یکی از کشورهایی است که بیشترین میزان مرگ ناشی از کرونا را به ثبت رسانده است؟ برای دلیل چنین ناکامی‌ای می‌توان عوامل مختلفی را برشمرد که شاید ناکارایی الگوی حاکمیتی یکی از آنها باشد.

اکانومی^۳ (۲۰۲۰)، مدیر مطالعات آسیا در اندیشکده شورای روابط خارجی آمریکا، در مقاله‌ای به‌طور ضمنی شکست الگوهای شرق و غرب در مبارزه با کرونا را مطرح می‌کند. به‌زعم وی، طی این بیماری همه‌گیر، مقامات چینی بدون شفافیت، رسانه آزاد یا جامعه مدنی قوی مشغول مقابله با کرونا بوده‌اند. این کشور برخی از افشاگران را ساکت کرد و سرنوشت برخی از آنها مشخص نیست. در عوض، آمریکا، با اصرار بر نادیده‌نگاشتن جدیت این ویروس، واکنش مناسبی به این تهدید نشان نداد و فرصت نمایش الگوی حاکمیتی مناسب را در مبارزه با همه‌گیری کووید-۱۹ از دست داد. نظام بهداشت و درمان این کشور، برای مدیریت بحران آمادگی مناسبی نداشت. سردرگمی میان رده‌های مختلف حاکمیتی آمریکا که طی مدت بحران خود را نشان داد، بیشتر نشانگر ضعف‌های مدل حاکمیتی این کشور بود تا میزان تاب‌آوری آن.

مبارزه با کرونا در ایران تجربه‌ای متفاوت بود. ایران در ردیف کشورهایی است که ویروس کووید-۱۹ زودتر به آن وارد شد و به‌طبع امکانات ایران برای مقابله با کووید-۱۹ مثل کشورهای توسعه‌یافته نبود. با وجود این، مدیریت مقابله با ویروس کرونا پذیرفته نیست و در مقایسه با بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکا مسلط‌تر رفتار شد. اگر این ادعا را بپذیریم که «مردم ایران مثل نژاد زرد مطیع نیستند و مثل کشورهای غربی هم چندان پایبند الزامات حقوقی نیستند» (ابطحی، ۱۳۹۹)، اجرای الگوهای حاکمیتی شرق و غرب در مبارزه با کرونا در شرایط ایرانی زیر سؤال می‌رود. هرچند ایران از طریق تشکیل ستاد ملی مبارزه با کرونا به‌عنوان نهاد فراقوه‌ای به تصمیم‌گیری متمرکز و تدوین خط‌مشی‌های کنترلی ویروس کرونا همت گماشت، اما در کاربرد و اعمال قواعد وضع‌شده چندان موفق نبود. تداوم کرونا در کشور،

1. Manoj, Satheesh Kumar, Valsaraj, Sivan & Vijayan

2. Worldometer

3. Economy

شکل گیری موج های پی در پی و ورود سویه های مختلف به کشور، نشانگر ناکامی ایران در اجرای کارآمد و اثربخش خط مشی مبارزه با بیماری کروناست.

در ایران، تصمیم دولت مردان در انتخاب راهبرد مناسب برای مبارزه با کرونا تا حدودی متأثر از شرایط اقتصادی دوران تحریم بود. دولت، برای حمایت گسترده از معیشت مردم، منابع مالی کافی نداشت. بنابراین، استراتژی تسکین را در پیش گرفت، اما با گسترش این ویروس، ناچار به سمت قرنطینه کامل تغییر رویه داد (ستاد ملی مبارزه با کرونا، ۱۳۹۹). به بیان دیگر، در ایران چندان شاهد راهبرد واکنش سریع در مبارزه با همه گیری ویروس کرونا نیستیم. با گذشت زمان و گسترش کرونا، دولت به راهبرد «سرکوب سهل گیرانه» گرایش پیدا کرد. گفتنی است که «راهبرد تسکین»^۱ بر نظریه «ایمنی گله ای»^۲ استوار است که معتقد است نمی توان مانع همه گیری کرونا شد. پس اجازه دهیم راه خود را برود و در این دوره از طریق سیستم بهداشت، ویروس را مدیریت کنیم. در مقابل، راهبرد سرکوب^۳ ناظر بر اقدام های ضربتی و سنگین در کنترل همه گیری بیماری است و از طریق قرنطینه، بستن مرزها و سایر محدودیت های ضروری در پی قطع زنجیره انتقال ویروس میان افراد است (وندر وورن و دو جونگ، ۲۰۲۱). به هر حال، سهل انگاری در اعمال مقررات وضع شده، مانند کم توجهی به کنترل مرزها، موجب شده است تا تقریباً تمامی سویه های جدید کرونا اعم از انگلیسی، آفریقایی و هندی به این کشور وارد شود.

تجربه عملی کشورها در پی گسترش جهانی ویروس کرونا در جهان نشان داد که کشورها در وضع و اعمال قواعد برای مبارزه و کنترل ویروس کرونا، الگوهای حاکمیتی مختلفی به کار می گیرند. ابزارهای قهری^۴ مانند قرنطینه آمرانه در وهان چین، ابزارهای داوطلبانه مانند دعوت به خانه ماندن در ایران و بازنگری ادواری در طرح های کنترلی مانند فاصله گذاری اجتماعی و فاصله گذاری هوشمند در ایران، نشانگر الگوی رفتاری آزمایش و خطا در اعمال حاکمیت برای مبارزه با این بیماری واگیردار است. باید توجه شود که تصمیم گیری در سطح ملی برای رفع یا تقلیل مسائل عمومی را تا جای ممکن نباید به روش آزمایش و خطا دنبال کرد. بسیاری از مسائل عمومی را می توان پیش بینی کرد. موضوع شیوع بیماری های واگیردار از دیرباز در جوامع بشری متداول بوده و هست. بنابراین، انتظار می رود که دولت ها با رویکرد پیش کنشی، برای حل یا تقلیل مسائل عمومی که به صورت ادواری تکرار می شوند، خط مشی های مناسبی در نظر بگیرند. یکی ویژگی های مسائل عمومی، چندبعدی و چندوجهی بودن آنهاست. حل چنین مسائلی مستلزم رعایت اصولی است که امروزه با عنوان حاکمیت متعالی شناخته می شود. رعایت اصولی مانند پاسخ گویی، شفافیت و مشارکت در تدوین و اجرای خط مشی ها نه فقط یک گزینه، بلکه یک ضرورت استراتژیک است. در مبارزه با پدیده ویروس کرونا، رعایت نکردن اصول حاکمیتی، در تمامی کشورها مشهود است. آنجا که دولت ها به پنهان کاری متهم می شوند (رعایت نکردن

1. Mitigation Strategy

2. Herd Immunity

3. Suppression strategy

4. Van der Voorn & de Jong

۵. در ادبیات مطالعات خط مشی، ابزارهای خط مشی فنون حاکمیتی هستند که به طریقی استفاده از منابع دولتی برای تعریف و نیل به اهداف را در بر می گیرند. ابزارهای خط مشی به روش های مختلفی طبقه بندی شده اند. هاوالت، رامش و پرل (۲۰۰۹) این ابزارها را از نظر سطح مداخله دولت به سه گروه ابزارهای داوطلبانه، ابزارهای قهری (اجباری) و ابزارهای ترکیبی تقسیم کرده اند.

اصل شفافیت)، آنجا که سیاست‌های دولتی در مبارزه با کرونا به دلیل رعایت نکردن اصل مشارکت، نقد و نسخه‌های متفاوتی در مقابل راهکارهای دولتی از طریق رسانه‌های اجتماعی مطرح می‌شود.

بنابراین، ناکارایی الگوی حاکمیتی ایران در مبارزه با ویروس کرونا، مسئله اصلی این پژوهش را تشکیل می‌دهد که ضروری است پایه نظری مناسبی برای اعمال حاکمیت مطلوب در مبارزه با بیمارهای واگیردار در ایران تدوین شده و به اجرا گذاشته شود. شیوع بیماری واگیردار ویروس کرونا، فرصتی برای بررسی الگوهای حاکمیتی کشورهای مختلف در مبارزه با ویروس کرونا است تا بتوان از تجمیع آنها با در نظر گرفتن شرایط محیطی کشور، الگوی مناسبی را تدوین کرده و به اجرا گذاشت.

پیشینه پژوهش

همه‌گیری ویروس کرونا

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۱) در توصیف این بیماری چنین آورده است: «بیماری کرونا ویروس کووید-۱۹ یک بیماری عفونی است که توسط ویروس کرونا ایجاد شده است. بهترین راه پیشگیری و کاهش سرعت انتقال، آگاهی کافی از ویروس کووید-۱۹، بیماری ناشی از آن و نحوه انتشار آن است. با شستن دست‌ها یا استفاده مکرر از مالش الکل و عدم لمس صورت، از خود و دیگران در برابر عفونت محافظت کنید. ویروس کووید-۱۹ در هنگام سرفه یا عطسه فرد آلوده، عمدتاً از طریق قطرات بزاق یا ترشح از بینی پخش می‌شود.»

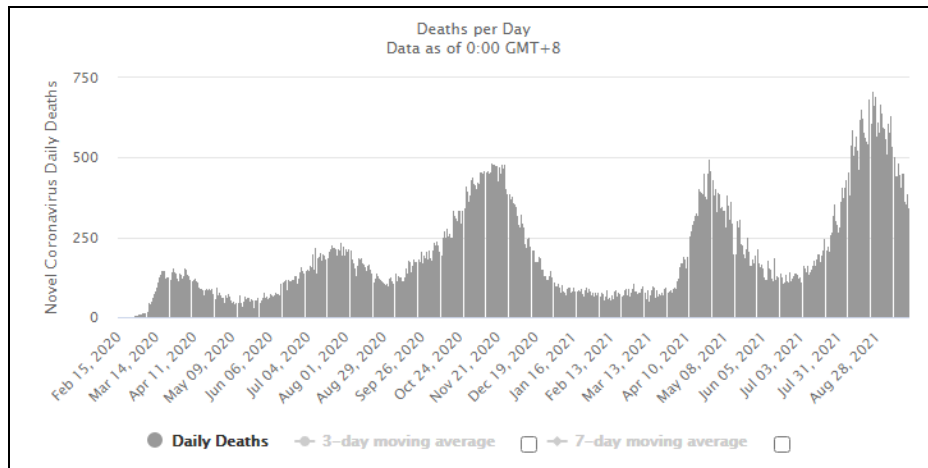
واژه کروناویروس به مشخصه ظاهری ویروس در زیر میکروسکوپ اشاره دارد که حاشیه‌ای از سطح بزرگ و پیازدار داشته و یادآور تصویری از یک تاج سلطنتی یا تاج خورشیدی است. (چوی^۱، ۲۰۲۰). این ویروس برای نخستین بار در دسامبر ۲۰۱۹ نیز، در شهر ووهان استان هوبئی چین با همه‌گیری در انسان شناسایی شد (هوانگ و همکاران^۲، ۲۰۲۰). کروناویروس جدید، تاکنون جان بیش از ۴,۷۱۸,۱۳۳ نفر را گرفته و ابتلای بیش از ۲۳۰,۱۰۳,۰۳۳ نفر به این ویروس در کشورهای جهان تأیید شده است (ورلدزمترز، ۲۰۲۱). این ویروس، در کشورهای مختلف، فرایند جهشی خود را نیز طی کرده است و سویه‌های انگلیسی، آفریقای جنوبی، برزیلی و هندی از آن جمله هستند. اسامی سویه‌های ویروسی کووید-۱۹ بر اساس سیستم نام‌گذاری سازمان بهداشت جهانی (مبتنی بر حروف یونانی) به شرح زیر است:

- آلفا (α): بی.۱.۱.۷ - انگلیس
- بتا (β): بی.۱.۳۵۱ - آفریقای جنوبی
- گاما (γ): پی.۱۰ - برزیل
- دلتا (δ): بی.۱.۶۱۷.۲ - هند
- اِپسیلون (ε): بی.۱.۴۲۷.۱/بی.۱.۴۲۹ - ایالات متحده
- زتا (ζ): پی.۲ - برزیل
- اِتا (η): بی.۱.۵۲۵ - کشورهای متعدد
- تتا (θ): پی.۳ - فیلیپین
- آیوتا (ι): بی.۱.۵۲۶ - ایالات متحده
- کاپا (κ): بی.۱.۶۱۷.۱ - هند

1. Choi

2. Huang et al

فراز و فرود کرونا در ایران در قالب نمودار شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. موج‌های پنج‌گانه کووید-۱۹ در ایران

منبع: (ورلدزمترز، ۲۰۲۱)

الگوی حاکمیتی در مبارزه با بیمارهای واگیردار

حاکمیت^۱ در مفهوم کلی عبارت است از الگوی (سبک) وضع، کاربرد و اعمال قواعد. حاکمیت به چیزی وسیع‌تر از حکومت دلالت دارد و چگونگی راهبری و قواعد بازی را مشخص می‌کند (مته کایر^۲، ۲۰۰۴) و در سطوح مختلفی نظیر حاکمیت سازمانی، حاکمیت محلی، حاکمیت ملی و حاکمیت بین‌المللی به کار گرفته می‌شود. حاکمیت، از نظر موضوعی نیز بررسی شده است. بنابراین، حاکمیت مبارزه با بیماری‌های واگیردار ناظر بر حاکمیت موضوعی است، یعنی چگونگی وضع، کاربرد و اعمال قواعد در مبارزه با بیمارهای واگیردار مانند کرونا را مد نظر قرار می‌دهد.

حاکمیت ضعیف در مبارزه با کرونا در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، باعث می‌شود تا این کشورها قادر به کنترل فشارهای جمعیتی ناشی از بلایای طبیعی یا گسترش بیماری‌های واگیردار نباشند. بنابراین، هدف از طرح تعالی حاکمیتی، گذر از حاکمیت خام/ضعیف به حاکمیت شایسته/مطلوب با رویکرد بهترین عملکرد است. اینکه چنین حاکمیتی صفت متعالی (سرآمد) به خود بگیرد، مشروط به رعایت اصول مختلفی مانند شفافیت، پاسخ‌گویی، مشارکت و مانند اینها در ختمشی‌گذاری مبارزه با کروناست. هرچند در تعریف عملیاتی، حاکمیت سرآمد مدل‌های مختلفی مطرح شده است، اما در مجموع تعالی حاکمیتی در مبارزه با بیماری‌های واگیردار با اصول زیر تعریف می‌شود (جوئیز، گاررو و لرا^۳، ۲۰۱۴ و گراهام، آموس و پلامپتره^۴، ۲۰۰۳): ۱. پاسخ‌گویی، ۲. مشارکت‌جویی، ۳. شفاف‌سازی، ۴. واکنش‌گری، ۵. برابری و شمولیت، ۶. اثربخشی و کارایی، ۷. حاکمیت قانون و ۸. اجماع‌گرایی.

۱. حاکمیت از سوی کارگروه واژه‌گزینی مدیریت فرهنگستان زبان و ادبی فارسی به‌عنوان معادل Governance پیشنهاد شده است. معادل‌های دیگر مانند حکمرانی و حکمروایی در تبیین دقیق مفهوم مدخل ناتوان هستند.

2. Mette-Kjaer

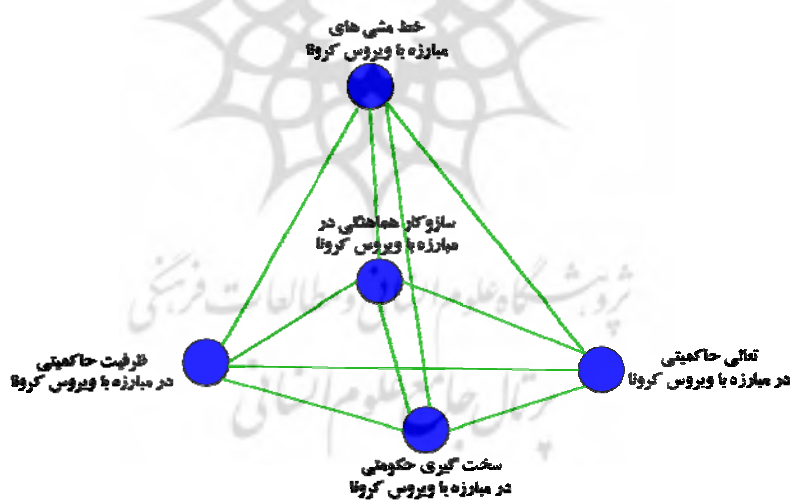
3. Juiz, Guerrero & Lera

4. Graham, Amos & Plumptre

علاوه بر تعالی حاکمیتی، در الگوهای حاکمیتی مبارزه با بیماری‌های واگیردار می‌توان به ظرفیت^۱ حاکمیتی و سخت‌گیری حکومت^۲ نیز اشاره کرد. فانگ دانگ و ویسرن هاماکرز^۳ (۲۰۱۵: ۲)، ظرفیت حاکمیتی را به صورت «توانایی بازیگران اجتماعی برای همکاری مشترک به منظور حل یک مسئله جمعی» تعریف کرده‌اند. بنابراین، ظرفیت حاکمیتی در مبارزه با کرونا عبارت است از ظرفیت مورد نیاز برای حکومت بر یک جامعه پیچیده در شرایطی که فشارهای اجتماعی ناشی از همه‌گیری کرونا بسیار بالاست. سخت‌گیری حکومت شاخص، ترکیبی از سنج‌های زیر است که در قالب پروژه OxCGRT^۴ محاسبه می‌شود (اورورد این دیتا^۵، ۲۰۲۱): ۱. تعطیلی مدارس، ۲. تعطیلی محل کار، ۳. لغو رویدادهای عمومی، ۴. محدودیت در گردهمایی عمومی، ۵. بستن حمل‌ونقل عمومی، ۶. الزامات در خانه ماندن، ۷. نشست‌های اطلاع‌رسانی عمومی، ۸. محدودیت در جابه‌جایی‌های داخلی و ۹. کنترل سفرهای بین‌المللی.

مدل تطبیقی پژوهش

با توجه به تعریف حاکمیت و با لحاظ قرار دادن ویژگی‌های حاکمیت متعالی، برای مقایسه الگوهای حاکمیتی در کشورهای مختلف در مبارزه با بیماری واگیردار کرونا، ضروری است یک مدل تطبیقی طراحی شده و مبنای مقایسه کشورهای مد نظر باشد.



شکل ۲. مدل پیکره‌ای برای مقایسه الگوهای حاکمیتی مبارزه با ویروس کرونا

همان‌طور که در نمودار شکل ۲ دیده می‌شود، مدل تطبیقی برای شناسایی الگوهای مختلف مبارزه با بیماری واگیردار کرونا در کشورهای مختلف یک مدل پیکره‌ای^۶ است. منظور از مدل پیکره‌ای، مدلی است که در آن، عناصر

1. Governance Capacity
2. Government Stringency
3. Phung Dang and Visseren-Hamakers
4. Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT)
5. Ourworldindata
6. Configural model

سازنده الگوی مبارزه با ویروس کرونا در قالب یک پیکره واحد نشان داده می‌شوند و نقش هر یک از آنها در پیکره مشخص می‌شود. باید در نظر داشت که الگو، مدلی است که لباس زمان و مکان را پوشیده است. به بیان دیگر، الگو جنبه رفتاری مدل است که از سوی ناظر بیرونی مشاهده‌شدنی است. از این رو، وقتی از الگوی مبارزه با ویروس کرونا صحبت می‌شود، منظور الگوی رفتاری است که متناسب با شرایط یک کشور تجلی یافته است، حتی اگر کشورهای مختلف برای مبارزه با بیماری واگیردار کرونا، از مدل واحدی استفاده کرده باشند. به طور مثال، خطمشی فاصله اجتماعی که تقریباً در تمامی کشورها پذیرفته و به کار گرفته می‌شود، در عمل در کشورهای مختلف به صورت متفاوتی تجلی یافته است. در کشوری رعایت فاصله یک متری از همدیگر به مثابه فاصله اجتماعی تلفی می‌شود، در کشور دیگر متناسب با شرایط آن، مانند تراکم جمعیتی این فاصله به نیم متر یا کمتر نیز تقلیل می‌یابد.

با توجه به مدل تطبیقی، پرسش‌های پژوهش به شرح زیر مطرح می‌شوند:

۱. نرخ فوتی و نرخ گسترش ویروس کرونا در کشورهای مختلف در چه سطحی است؟
۲. از سوی کشورهای مختلف برای مبارزه با ویروس کرونا، چه قواعدی (خطمشی‌هایی) وضع شده است؟
۳. سازوکار هماهنگی و همکاری برای مبارزه با ویروس کرونا در کشورهای مختلف چگونه است؟
۴. ظرفیت حاکمیتی برای مبارزه با ویروس کرونا در کشورهای مختلف در چه سطحی است؟
۵. سخت‌گیری حکومت‌ها در مبارزه با کرونا در چه سطحی است؟
۶. ویژگی‌های حاکمیت متعالی در مبارزه با کرونا از سوی کشورهای مختلف تا چه حد رعایت می‌شود؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با تأکید بر موضوع مبارزه با ویروس کرونا در سطح ملی مطرح شده است تا الگوهای مختلف حاکمیتی در مبارزه با ویروس کرونا در کشورهای مختلف شناسایی شوند. از این رو، الگوهای حاکمیتی که در سطح سازمانی در بخش‌های دولتی، خصوصی و بخش سوم دنبال می‌شوند، مد نظر نیستند. با چنین جهت‌گیری‌ای، روش پژوهش در این پژوهش از نوع پژوهش تطبیقی است. پژوهش تطبیقی باعث بسط مبانی دانش حاکمیتی در میان ملت‌ها می‌شود. پژوهش تطبیقی، مستلزم داشتن یک مدل برای مقایسه الگوهای حاکمیتی کشورها در مبارزه با کروناست. مشکل اصلی در حاکمیت تطبیقی، انتخاب مدلی است که به اندازه کافی بزرگ باشد تا بتواند کل پدیده مد نظر را پوشش دهد و در عین حال به دلیل بزرگ بودن، کنترل‌نشده و ناهنجار نباشد که نتوان الگوی حاکمیتی مبارزه با کرونا را درک کرد. از این رو، در این پژوهش از مدل نیمه‌جامع استفاده شده است (شکل ۲). در مدل‌های نیمه‌جامع بخش کوچکی از واقعیت جدا و به‌طور دقیق با روش علمی بررسی می‌شود.

جامعه آماری این پژوهش، الگوی حاکمیتی کشورهای درگیر مبارزه با کرونا هستند که می‌توان از طریق سایت سازمان‌های متولی مبارزه با کرونا به آنها دستیابی پیدا کرد. با توجه به اینکه تقریباً تمامی کشورها درگیر ویروس کرونا شده‌اند و با در نظر گرفتن این واقعیت که کشورهای کوچک فقط بر مبنای دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی

عمل می‌کنند و ابتکارات بومی خاصی از خود نشان نمی‌دهند، نمونه آماری این پژوهش محدود به کشورهایی است که صفت مشترک آنها بالا بودن نرخ گسترش ویروس کروناست. برای تحلیل آمارهای مرتبط با کشورها از داده‌های ثانویه نهادهای بین‌المللی (اورورد این دیتا، ۲۰۲۱؛ آی‌اچ‌ام‌ای، ۲۰۲۱ و آی‌ام‌اف، ۲۰۲۱) نیز استفاده شده است. فهرست کشورهای مورد مطالعه به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. کشورهای مورد مطالعه در مبارزه با ویروس کرونا

ردیف	کشور	جمعیت	نرخ فوتی	نرخ گسترش
۱	آمریکا	۳۳۲,۲۷۲,۶۷۷	۰/۲۰۹	۱۲/۹۷
۲	هند	۱,۳۸۸,۸۶۴,۱۷۸	۰/۰۳۲	۲/۴۰
۳	برزیل	۲۱۳,۵۴۷,۴۵۸	۰/۲۷۶	۹/۹۱
۴	روسیه	۱۴۵,۹۷۵,۵۱۳	۰/۱۳۷	۵/۰۲
۵	انگلیس	۶۸,۱۱۹,۴۱۵	۰/۱۹۸	۱۰/۹۷
۶	فرانسه	۶۵,۳۶۸,۱۸۵	۰/۱۷۸	۱۰/۶۴
۷	اسپانیا	۴۶,۷۶۶,۶۵۹	۰/۱۸۴	۱۰/۵۵
۸	ایتالیا	۶۰,۴۰۳,۴۵۱	۰/۲۱۶	۷/۶۹
۹	ترکیه	۸۴,۹۳۱,۴۰۶	۰/۰۷۳	۸/۰۸
۱۰	آلمان	۸۳,۹۵۹,۴۶۳	۰/۱۱۱	۴/۹۵
۱۱	کلمبیا	۵۱,۲۳۶,۸۹۳	۰/۲۴۴	۹/۵۹
۱۲	آرژانتین	۴۵,۴۶۶,۶۸۶	۰/۲۵۱	۱۰/۲۶
۱۳	مکزیک	۱۲۹,۸۱۷,۰۲۳	۰/۲۰۹	۱۱/۴۷
۱۴	لهستان	۳۷,۸۱۹,۳۹۹	۰/۲۰۰	۲/۷۲
۱۵	ایران	۸۴,۶۹۳,۸۸۷	۰/۱۳۸	۷/۶۷
۱۶	آفریقای جنوبی	۵۹,۷۹۶,۲۷۹	۰/۱۴۳	۶/۴۰
۱۷	اوکراین	۴۳,۵۶۰,۸۹۷	۰/۱۲۷	۵/۴۴
۱۸	اندونزی	۲۷۵,۴۱۱,۶۱۰	۰/۰۵۱	۱/۵۱
۱۹	پرو	۳۳,۲۷۱,۱۳۵	۰/۵۹۴	۶/۴۶
۲۰	چک	۱۰,۷۲۲,۰۰۶	۰/۲۸۴	۱۵/۷۲
۲۱	هلند	۱۷,۱۵۹,۷۲۳	۰/۱۰۶	۱۱/۵۷
۲۲	کانادا	۳۷,۹۵۸,۳۶۴	۰/۰۷۲	۴/۱۵
۲۳	شیلی	۱۹,۲۲۳,۴۲۳	۰/۱۹۳	۸/۵۳
۲۴	پرتغال	۱۰,۱۷۷,۱۷۵	۰/۱۷۶	۱۰/۴۶
۲۵	رومانی	۱۹,۱۵۳,۲۳۴	۰/۱۸۷	۶/۰۷
۲۶	اسرائیل	۹,۱۹۷,۵۹۰	۰/۰۸۱	۱۳/۳۴
۲۷	بلژیک	۱۱,۶۲۲,۶۵۱	۰/۲۱۹	۱۰/۵۲
۲۸	عراق	۴۰,۸۰۷,۸۵۴	۰/۰۵۳	۴/۷۹
۲۹	سوئد	۱۰,۱۴۰,۴۶۲	۰/۱۴۵	۱۱/۲۷
۳۰	پاکستان	۲۲۳,۶۷۸,۷۲۵	۰/۰۱۲	۰/۵۴
۳۱	فیلیپین	۱۱۰,۵۳۱,۷۵۰	۰/۰۳۳	۲/۱۷

روایی و پایایی داده‌های ثانویه

داده‌های ثانویه استفاده شده در این پژوهش، داده‌هایی هستند که توسط نهادهای بین‌المللی پایش‌کننده عملکرد کشورها در مبارزه با کرونا گردآوری و به‌روز می‌شوند. هرچند داده‌های ثانویه از نظر صرفه‌جویی در وقت پژوهشگر و کاهش هزینه بسیار مفید هستند، اما این احتمال وجود دارد که صحیح و به‌روز نبوده یا دستکاری شده باشند (بربی، ۲۰۱۰). از این رو، استفاده از داده‌های ثانویه بدون بررسی احتمال خطا و سوگیری یا تعیین پایایی، نمی‌تواند برای پژوهش‌های مدیریتی قابل اعتماد باشد. در این پژوهش، برای بررسی روایی و پایایی داده‌های ثانویه، از روش گروه کانونی استفاده شده است. بدین معنا که در یک گروه کانونی شش نفره از خبرگان، قابلیت اعتماد به داده‌های گردآوری شده توسط نهادها در خصوص اطلاعات و آمارهای کرونا پرسش شد. نظر قریب به اتفاق خبرگان آن بود که نهادهای پایش‌کننده بین‌المللی از اعتبار علمی و استقلال عمل برخوردارند و احتمال دستکاری داده‌ها از سوی آنان بسیار پایین است. ثانیاً داده‌های مرتبط با عملکرد ایران در زمینه کرونا با داده‌های در دسترس داخلی مقایسه شد و انحرافی مشاهده نشد. درضمن، به دلیل به‌روزرسانی مستمر داده‌ها، خطای غیرمعتبر بودن و غیرقابل اعتماد بودن در آنها وجود ندارد.

یافته‌های پژوهش

پرسش نخست: نرخ فوتی و نرخ گسترش ویروس کرونا در کشورهای مختلف در چه سطحی است؟

برای یافتن این پاسخ این پرسش که نرخ فوتی کشورها در سطح قابل انتظار (۱ درصد) است یا خیر، از فرضیه‌های آماری زیر استفاده شده است.

$H_0: \mu \leq 1$ نرخ فوتی مبتلایان در سطح مورد انتظار است.

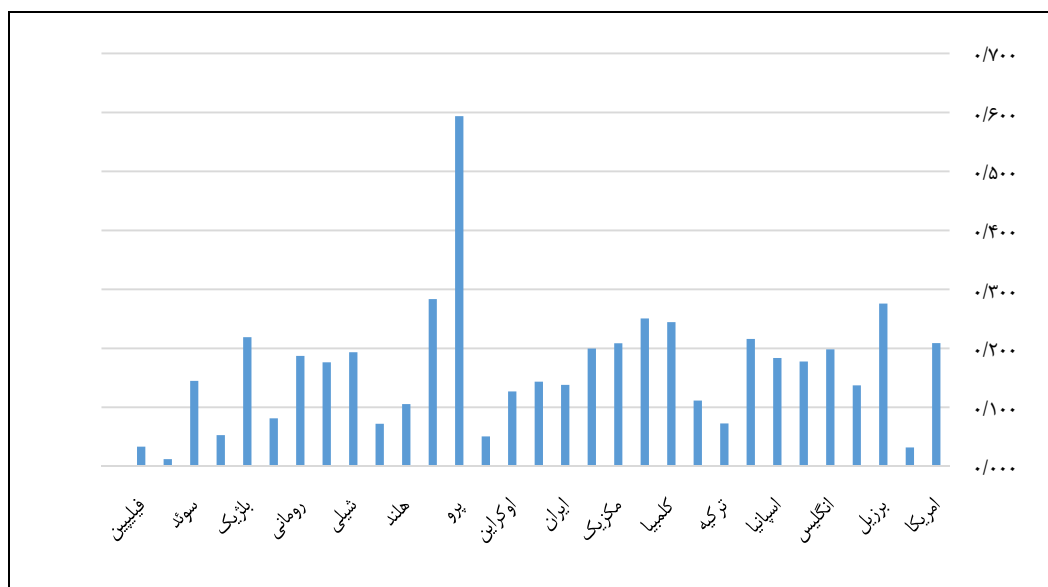
$H_a: \mu > 1$ نرخ فوتی مبتلایان بالاتر از سطح مورد انتظار است.

برای آزمون فرضیه آماری، از توزیع t تک نمونه‌ای استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نرخ فوتی مبتلایان به کرونا در کشورهای مورد مطالعه

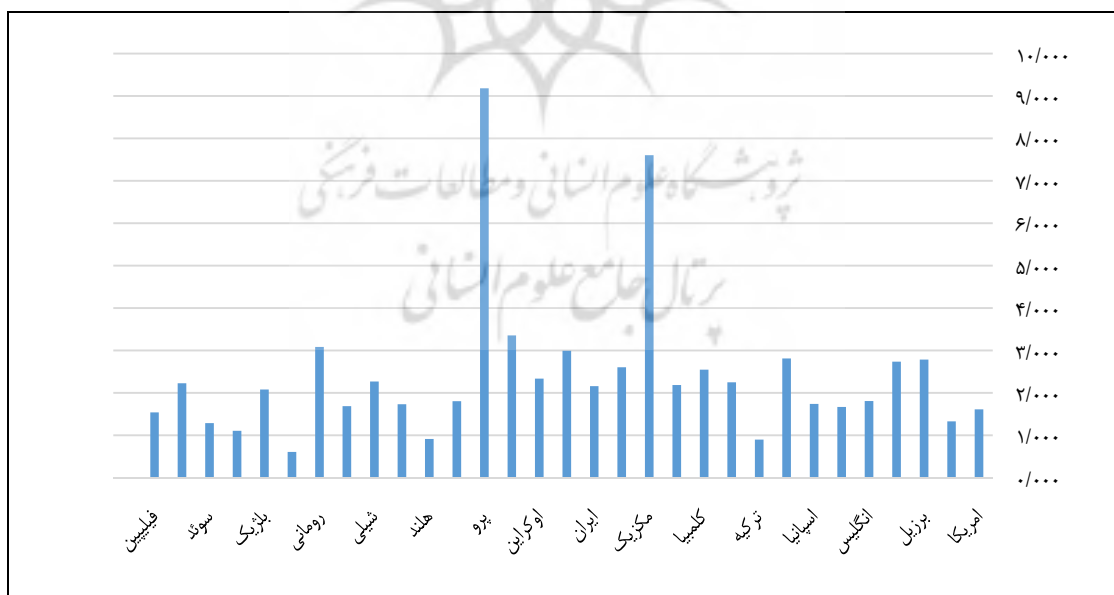
ارزش آزمون = ۱						شایستگی
فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	
کرانه بالا	کرانه پایین					
-۰/۸۷	-۰/۸۳	۰/۱۶۵	۰/۰۰۰	۳۰	-۴۲/۶۳	نرخ فوتی

همان‌طور که در جدول دیده می‌شود، سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. با در نظر گرفتن اینکه مقدار t منفی است، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد نمی‌توان فرض صفر را رد کرد. بنابراین، نظام سلامت این کشورها در درمان بیماران مبتلا به کرونا به نسبت موفق عمل کرده‌اند. نرخ فوتی مبتلایان کرونا به تفکیک کشورهای مورد مطالعه در شکل ۳ منعکس شده است.



شکل ۳. مقایسه نرخ فوتی‌ها در کشورهای مورد مطالعه

همان‌طور که در نمودار دیده می‌شود، بالاترین نرخ فوتی در پرو (۰/۵۹۴) و پایین‌ترین نرخ فوتی در پاکستان (۰/۰۱۲) دیده می‌شود. ایران با نرخ فوتی ۰/۱۳۸ در وضعیت زیر متوسط قرار دارد. البته اگر نسبت فوتی‌ها به مبتلایان معیار قضاوت در خصوص مطلوبیت حاکمیت مبارزه با کرونا باشد، نمودار زیر به دست می‌آید.



شکل ۴. مقایسه نسبت فوتی‌ها به مبتلایان در کشورهای مورد مطالعه

همان‌طور که در نمودار شکل ۴ دیده می‌شود، رژیم اشغالگر و ترکیه به ترتیب با نسبت ۰/۶۱ و ۰/۸۹ دارای بهترین عملکرد و کشورهای پرو و مکزیک به ترتیب با نسبت ۹/۱۸ و ۷/۶۰ دارای بدترین عملکرد هستند. ایران با نسبت ۲/۱۶

از جایگاه مطلوبی برخوردار نیست. هرچند آمریکا در مقایسه با سایر کشورها، دارای بیشترین تعداد فوتی‌ها (۶۹۶۸۶۷) است، اما نسبت فوتی‌ها به مبتلایان در این کشور ۱/۶۱ است که در مقایسه با ایران از جایگاه بهتری برخوردار است. برای پاسخ به این پرسش که آیا نرخ گسترش بیماری کرونا در کشورها در سطح معقولی (۵ درصد) است، از فرضیه‌های آماری زیر استفاده شده است.

نرخ گسترش کرونا در سطح مورد انتظار است. $H_0: \mu \leq 5$

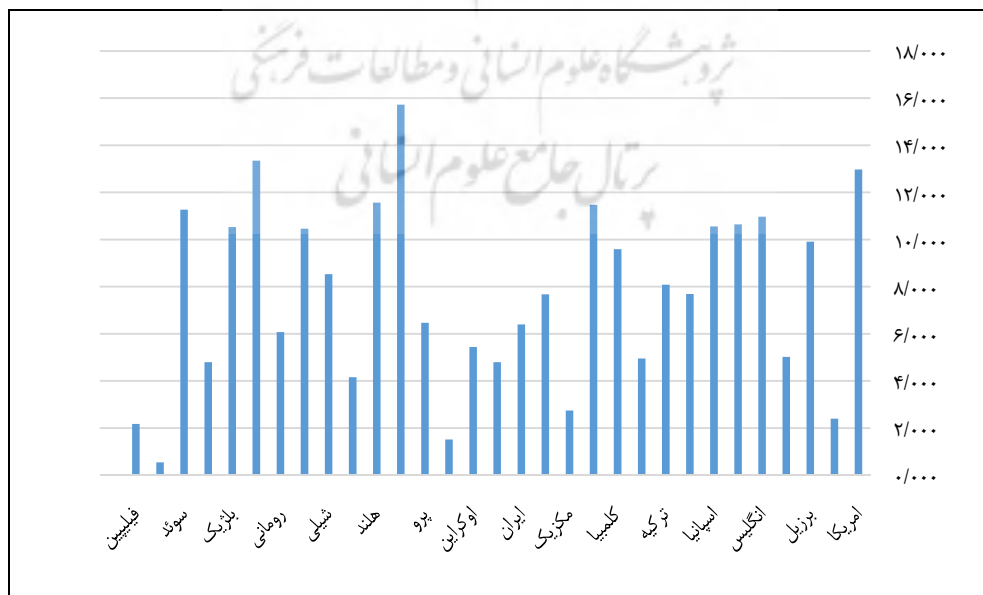
نرخ گسترش کرونا بالاتر از سطح مورد انتظار است. $H_a: \mu > 5$

برای آزمون فرضیه آماری، از توزیع t تک‌نمونه‌ای استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نرخ گسترش مبتلایان به کرونا در کشورهای مورد مطالعه

ارزش آزمون = ۵					مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		شایستگی
کرانه بالا		کرانه پایین									
۴/۲۷	۱/۴۵	۷/۸۶	۰/۰۰۰	۳۰	۴/۱۵	نرخ گسترش (نرخ ابتلا)					

همان‌طور که در جدول دیده می‌شود، سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. با در نظر گرفتن اینکه مقدار t مثبت است، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. به بیان دیگر، میانگین نرخ گسترش کرونا در کشورهای مورد مطالعه بیشتر از سطح مورد انتظار (۵ درصد) است. بنابراین، نظام حاکمیتی این کشورها در اجرای مقررات مبارزه با کرونا موفق عمل نکرده است. نرخ گسترش به تفکیک کشورها در نمودار زیر منعکس شده است.



شکل ۵. مقایسه نرخ مبتلایان در کشورهای مورد مطالعه

همان‌طور که در نمودار شکل ۵ دیده می‌شود، جمهوری چک دارای بالاترین نرخ گسترش (۱۵/۷۲) است، در حالی که نرخ گسترش کرونا در پاکستان در پایین‌ترین سطح (۲/۱۷) قرار دارد. ایران با نرخ گسترش ۶/۴۰ بالاتر از میانگین مفروض (۵) قرار دارد.

پرسش دوم: چه قواعدی از سوی کشورهای مختلف برای مبارزه با ویروس کرونا وضع شده است؟

دولت‌ها برای واکنش به بیماری همه‌گیر ویروس کرونا، خط‌مشی‌های مختلفی تدوین می‌کنند. برخی از این خط‌مشی‌های مبارزه با بیماری واگیردار کرونا، مانند فاصله‌گذاری اجتماعی، در میان تمامی کشورها مشترک است و برخی دیگر مختص کشورهای یک منطقه است. با توجه به اطلاعات منعکس شده در درگاه اطلاعاتی دولت‌های درگیر کرونا و سازمان‌های بین‌المللی مانند یونسکو، سازمان بهداشت جهانی، سازمان بین‌المللی کار و سایت IATA، خط‌مشی‌های عمده کشورهای مورد مطالعه در مبارزه با ویروس کرونا به شرح زیر احصا شد:

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ۱. محدودیت سفر به خارج | ۱۲. فاصله‌گذاری اجتماعی و فیزیکی |
| ۲. محدودیت سفر بین شهری | ۱۳. ردیابی تماس افراد مبتلا و جداسازی آنان |
| ۳. مقررات منع رفت‌وآمد درون شهری | ۱۴. تأمین تجهیزات پزشکی و درمانی بیماران کرونایی |
| ۴. محدودسازی فعالیت کسب‌وکارها | ۱۵. ارائه تسهیلات مالیاتی |
| ۵. ممنوعیت اخراج از کار | ۱۶. افزایش تاب‌آوری صنایع کوچک و متوسط |
| ۶. تست رایگان کرونا | ۱۷. گسترش خدمات الکترونیکی و دیجیتالی |
| ۷. استفاده اجباری از ماسک | ۱۸. ارائه تسهیلات به کسب‌وکارهای آسیب‌دیده |
| ۸. تقویت و حمایت از کادر بهداشتی و درمانی | ۱۹. الزام به دورکاری |
| ۹. ممنوعیت گردهمایی‌ها | ۲۰. ساخت و توزیع واکسن |
| ۱۰. تعطیلی مدارس و بازگشایی تدریجی آنها | ۲۱. حمایت مالی از نیازمندان |
| ۱۱. کاهش تراکم مسافر در ناوگان حمل‌ونقل شهری | ۲۲. طرح بازگشایی تدریجی کسب‌وکارها |

گفتنی است که خط‌مشی مبارزه با کرونا در کشورهای مختلف از پویایی شایان توجهی برخوردار است. متناسب با گسترش یا تخفیف همه‌گیری کرونا، کشورها به‌طور موردی با اصلاح خط‌مشی‌های مبارزه با کرونا به سخت‌گیری یا سهل‌گیری در مدیریت کرونا روی می‌آورند. از این رو، خط‌مشی‌های گزارش شده در این پژوهش ناظر به مقطع زمانی تیر ۱۴۰۰ است.

جدول ۴. مقایسه کشورها برحسب خط‌مشی‌های مقابله با کرونا در کشورهای منتخب

خط‌مشی مبارزه با کرونا	ابزار خط‌مشی	نام کشورها	فراوانی	درصد
بستن مدارس (SC)	الزام در تمامی سطوح	ایران، هند، روسیه، کلمبیا، مکزیک، اوکراین، اندونزی، شیلی، و پرتغال، رومانی و عراق	۱۱	۳۵/۵
	الزام در بعضی سطوح	آمریکا، برزیل، آرژانتین، افریقای جنوبی، پرو، پرتغال، پاکستان و فیلیپین	۸	۲۵/۸
	توصیه به بستن	انگلیس، فرانسه، اسپانیا، ایتالیا، ترکیه، آلمان، لهستان، چک، هلند، اسرائیل و بلژیک	۱۱	۳۵/۵
	عدم الزام	سوئد	۱	۳/۲
بستن محل کار (WC)	الزام همه به‌جز کارکنان کلیدی	هند، برزیل، کلمبیا، ایران و شیلی	۵	۱۶/۱
	الزام برخی از افراد	روسیه، انگلیس، فرانسه، اسپانیا، ایتالیا، آلمان، آرژانتین، مکزیک، افریقای جنوبی، اوکراین، اندونزی، پرو، کانادا، پرتغال، رومانی، بلژیک، عراق، پاکستان و فیلیپین	۱۹	۶۱/۳
	توصیه به بستن	سوئد، اسرائیل، چک، هلند، لهستان، ترکیه و آمریکا	۷	۲۲/۶
لغو رویدادهای عمومی (CPE)	الزام به لغو	هند، برزیل، اسپانیا، آلمان، کلمبیا، آرژانتین، ایران، افریقای جنوبی، اندونزی، پرو، کانادا، شیلی، پرتغال، رومانی، عراق، پاکستان و فیلیپین	۱۷	۵۴/۸
	توصیه به لغو	آمریکا، روسیه، انگلیس، فرانسه، ایتالیا، ترکیه، مکزیک، لهستان، اوکراین، چک، هلند، بلژیک و سوئد	۱۳	۴۱/۹
	عدم الزام	اسرائیل	۱	۳/۲
ممنوعیت گردهمایی‌های عمومی (RPG)	ممنوعیت بالای ۱۰ نفر	هند، انگلیس، فرانسه، اسپانیا، آلمان، کلمبیا، آرژانتین، افریقای جنوبی، اندونزی، پرو، کانادا، شیلی، پرتغال، رومانی، بلژیک، عراق، پاکستان و فیلیپین	۱۸	۵۸/۱
	ممنوعیت ۱۰-۱۰۰ نفر	برزیل، ایران، اوکراین و سوئد	۴	۱۲/۹
	ممنوعیت ۱۰۰-۱۰۰۰ نفر	چک، لهستان، ایتالیا، ترکیه، روسیه و آمریکا	۶	۱۹/۴
	عدم ممنوعیت	مکزیک، اسرائیل و هلند	۳	۹/۷
	الزام با اندک استثنا	هند، پرو و شیلی	۳	۹/۷
محدودیت ماندن در خانه (SHR)	الزام با استثنای موارد اساسی	برزیل، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین، افریقای جنوبی، اندونزی، پرتغال، عراق و فیلیپین	۹	۲۹
	توصیه به ماندن در خانه	پاکستان، سوئد، بلژیک، کانادا، ایران، لهستان، مکزیک، آلمان، اسپانیا و روسیه	۱۰	۳۲/۳
	عدم الزام به ماندن در خانه	آمریکا، انگلیس، فرانسه، ایتالیا، اوکراین، چک، هلند، رومانی و اسرائیل	۹	۲۹

خط مشی مبارزه با کرونا	ابزار خط مشی	نام کشورها	فراوانی	درصد
الزام به پوشش صورت (FC)	الزام به پوشش صورت در خارج از خانه در تمامی اوقات	هند، ترکیه، مکزیک، اندونزی، پرو و عراق	۶	۱۹/۴
	الزام به پوشش صورت در محل های عمومی	روسیه، انگلیس، آرژانتین، ایران، افریقای جنوبی، اوکراین، کانادا، شیلی، پرتغال، رومانی، بلژیک، پاکستان و فیلیپین	۱۳	۴۱/۹
	الزام به پوشش صورت در بعضی از محل های عمومی	فرانسه، اسپانیا، ایتالیا، آلمان، لهستان، چک، هلند و اسرائیل	۸	۲۵/۸
	توصیه به پوشش صورت در خارج از خانه	برزیل و کلمبیا	۳	۹/۷
	فاقد خط مشی	سوئد	۱	۳/۲
کمپین های اطلاع رسانی (PIC) عمومی	کمپین هماهنگی	تمامی کشورهای مورد مطالعه	۳۱	۱۰۰
تعطیلی حمل و نقل عمومی (PT)	الزام به بستن یا ممنوعیت استفاده مکرر	هند، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین و شیلی	۵	۱۶/۱
	توصیه به بستن یا کاهش مسافر	برزیل، انگلیس، ایتالیا، آلمان، مکزیک، لهستان، ایران، افریقای جنوبی، اندونزی، پرو، هلند، کانادا، پرتغال، رومانی، سوئد، پاکستان و فیلیپین	۱۷	۵۴/۸
	عدم الزام	آمریکا، روسیه، اسپانیا، فرانسه، اوکراین، چک، اسرائیل، بلژیک و عراق	۹	۲۹
ممنوعیت جابه جایی داخلی (RIM)	ممنوعیت سفر	هند، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین، مکزیک، ایران، افریقای جنوبی، اوکراین، اندونزی، پرو، کانادا، شیلی، پرتغال، رومانی و فیلیپین	۱۵	۴۸/۴
	توصیه به مسافرت نرفتن	آلمان، لهستان، سوئد و پاکستان	۴	۱۲
	عدم الزام	آمریکا، برزیل، روسیه، انگلیس، فرانسه، اسپانیا، ایتالیا، چک، هلند، اسرائیل، بلژیک و عراق	۱۲	۳۸/۷
کنترل سفرهای بین المللی (ITC)	بستن مرزها	کلمبیا، آرژانتین، کانادا، شیلی و اسرائیل	۵	۱۶/۱
	بستن مرزهای پرخطر	آمریکا، هند، برزیل، روسیه، انگلیس، اسپانیا، ایتالیا، آلمان، ایران، اندونزی، پرو، چک، هلند، پرتغال، رومانی، بلژیک و سوئد	۱۸	۵۸/۱
	قرنطینه مسافران مناطق پرخطر	فرانسه، ترکیه و لهستان	۳	۹/۷
	جداسازی	مکزیک، افریقای جنوبی، اوکراین و عراق	۵	۱۶/۱
خط مشی آزمایش کرونا (TP)	آزمایش عمومی باز	آمریکا، روسیه، فرانسه، ایتالیا، آلمان، اندونزی، چک، پرو، شیلی، پرتغال، رومانی، عراق، پاکستان و فیلیپین	۱۴	۴۵/۲
	هر فرد علامت دار	هند، انگلیس، اسپانیا، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین، مکزیک، لهستان، ایران، افریقای جنوبی، اوکراین، هلند، کانادا، اسرائیل و بلژیک	۱۶	۵۱/۶
	دارندگان علائم و گروه های کلیدی	برزیل	۱	۳/۲

درصد	فراوانی	نام کشورها	ابزار خطمشی	خطمشی مبارزه با کرونا
۵۴/۸	۱۷	روسیه، ایتالیا، ترکیه، آلمان، کلمبیا، آرژانتین، مکزیک، افریقای جنوبی، اندونزی، چک، کانادا، شیلی، پرتغال، رومانی، اسرائیل، بلژیک و فیلیپین	پیگیری جامع	پیگیری تماس افراد آلوده (CT)
۳۸/۷	۱۲	آمریکا، هند، انگلیس، فرانسه، اسپانیا، لهستان، ایران، اوکراین، پرو، هلند، سوئد و پاکستان	پیگیری محدود	
۶/۵	۲	عراق و برزیل	عدم پیگیری	
۳۵/۵	۱۱	روسیه، انگلیس، فرانسه، ایتالیا، آلمان، لهستان، چک، هلند، اسرائیل، بلژیک و عراق	افراد آسیب پذیر	خطمشی واکسیناسیون (VP)
۲۹	۹	آمریکا، هند، برزیل، اوکراین، کانادا، شیلی، پرتغال، سوئد و پاکستان	تمام گروه‌های آسیب پذیر	
۲۳/۳	۱۰	اسپانیا، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین، مکزیک، ایران، افریقای جنوبی، پرو و رومانی	دو گروه	
۳/۲	۱	اندونزی	یک گروه	
۴۱/۹	۱۳	انگلیس، فرانسه، اسپانیا، ترکیه، آلمان، لهستان، هلند، کانادا، شیلی، رومانی، اسرائیل، بلژیک و سوئد	پوشش بیش از ۵۰ درصد دستمزد ازدست‌رفته	حمایت مالی (IC)
۴۱/۹	۱۳	آمریکا، روسیه، ایتالیا، کلمبیا، آرژانتین، ایران، افریقای جنوبی، اوکراین، اندونزی، پرو، چک، پرتغال و پاکستان	پوشش کمتر از ۵۰ درصد دستمزد ازدست‌رفته	
۱۶/۱	۵	فیلیپین، عراق، مکزیک، هند و برزیل	نبود حمایت مالی	
۲۲/۶	۷	انگلیس، اسپانیا، ایتالیا، کلمبیا، شیلی، پرتغال و پاکستان	کاهش و تخفیف گسترده	تخفیف بدهی (DCR)
۵۱/۶	۱۶	آمریکا، هند، روسیه، آرژانتین، مکزیک، لهستان، ایران، افریقای جنوبی، اندونزی، پرو، چک، هلند، کانادا، رومانی، اسرائیل و بلژیک	تخفیف محدود	
۲۵/۸	۸	برزیل، فرانسه، ترکیه، آلمان، اوکراین، عراق، سوئد و فیلیپین	نبود تخفیف	
۶/۵	۲	آمریکا، روسیه	ساخت واکسن	تأمین واکسن (PV)
۵۴/۸	۱۷	اسپانیا، ترکیه، کلمبیا، آرژانتین، لهستان، افریقای جنوبی، اوکراین، پرو، چک، هلند، شیلی، پرتغال، رومانی، اسرائیل، عراق، پاکستان و فیلیپین	خرید واکسن	
۳۸/۷	۱۲	هند، برزیل، انگلیس، فرانسه، ایتالیا، آلمان، مکزیک، ایران، اندونزی، کانادا، بلژیک و سوئد	ساخت و خرید واکسن	
۱۰۰	۳۱	تمامی کشورها	واکسیناسیون رایگان مردم همگانی (PV)	

به هر حال، همان طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، به‌استثنای خطمشی‌های اطلاع‌رسانی عمومی و واکسیناسیون همگانی، در بقیه خطمشی‌های مبارزه با کرونا، کشورها از ابزار خطمشی واحدی استفاده نکرده‌اند. دلیل این موضوع را می‌توان به تفاوت‌های این کشورها از نظر توان مالی، نوع حکومت، ویژگی‌های فرهنگی، مطالبه‌گری شهروندان و مانند اینها نسبت داد.

برای پاسخ به این پرسش که آیا از نظر ابزارهای اجرای خطمشی مبارزه با کرونا بین کشورهای مختلف، تفاوت وجود دارد، از آزمون کروسکال-والیس^۱ استفاده شده است. گفتنی است که فراوانی کشورهای مورد مطالعه بر حسب محل قاره‌ای آنها عبارت‌اند از: قاره آسیا (۹)، قاره اروپا (۱۳)، قاره آمریکا (۸) و قاره آفریقا (۱).

جدول ۵. مقایسه ابزارهای اجرای خطمشی مبارزه با کرونا بر حسب محل قاره‌ای کشورها

ردیف	خطمشی مبارزه با کرونا	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	بستن مدارس	۱۳/۷۹۹	۳	۰/۰۰۳
۲	بستن محل کار	۳/۹۰۳	۳	۰/۲۷۲
۳	لغو رویدادهای عمومی	۴/۶۹۶	۳	۰/۱۹۵
۴	ممنوعیت گردهمایی‌های عمومی	۰/۷۶۶	۳	۰/۸۵۸
۵	محدودیت‌های در خانه ماندن	۱۰/۵۲۱	۳	۰/۰۱۵
۶	الزام به پوشش صورت	۷/۴۳۴	۳	۰/۰۵۹
۷	کمپین اطلاع‌رسانی عمومی	۰/۰۰۰	۳	۱/۰۰
۸	تعطیلی حمل‌ونقل عمومی	۴/۲۴۲	۳	۰/۲۳۶
۹	ممنوعیت جابه‌جایی داخلی	۵/۱۱۹	۳	۰/۱۶۳
۱۰	کنترل سفرهای بین‌المللی	۶/۸۱۹	۳	۰/۰۷۸
۱۱	خطمشی آزمایش کرونا	۱/۶۴۵	۳	۰/۶۴۹
۱۲	پیگیری تماس	۰/۹۶۰	۳	۰/۸۱۱
۱۳	خطمشی واکسیناسیون	۷/۷۷۴	۳	۰/۰۵۱
۱۴	حمایت مالی	۸/۰۵۰	۳	۰/۰۴۵
۱۵	تخفیف بدهی	۱/۰۷۸	۳	۰/۷۸۲
۱۶	ساخت واکسن	۱/۲۴۷	۳	۰/۷۴۲

همان طور که در جدول ۵ دیده می‌شود، بین کشورهای مختلف در قاره‌های آسیا، اروپا، آمریکا و آفریقا در بسیاری از خطمشی‌های مبارزه با کرونا، تفاوت معناداری وجود ندارد و فقط تفاوت‌های مشاهده در اجرای خطمشی بستن مدارس،

۱. آزمون کروسکال - والیس مترادف غیرپارامتری برای تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA) است. دلیل استفاده از آزمون کروسکال - والیس نرمال نبودن متغیرهاست.

محدودیت در خانه ماندن و حمایت مالی وجود دارد. دلایل چنین تفاوت‌هایی را می‌توان به توان مالی، فرهنگ سیاسی و درجه توسعه‌یافتگی کشورها نسبت داد.

پرسش سوم: سازوکار هماهنگی برای مبارزه با ویروس کرونا در کشورهای مختلف چگونه است؟

اتفاق نظر کلی در ادبیات مدیریت بلاای طبیعی و اضطراری آن است که نوعی هماهنگی یا همکاری در جریان بحران ضروری است (مارتین، نولته و ویتولو^۱، ۲۰۱۶). با این حال، تصمیم‌گیری در خصوص رویکرد متمرکز یا غیرمتمرکز هنوز محل بحث بسیاری است. رویکرد متمرکز بر استقرار یک راهبرد منسجم مدیریت اضطراری تأکید دارد (واق و استریب^۲، ۲۰۰۶)، در حالی که رویکرد غیرمتمرکز بر تعامل‌های نوظهور بین سازمان‌ها در واکنش به بلایا تأکید دارد (کام فورت^۳، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه واکنش مؤثر، مستلزم برآورده‌سازی هر دوی این اهداف است، موینیان^۴ (۲۰۰۸) تنش‌های ناشی از آن را به‌عنوان پارادوکس مدیریت بحران توصیف می‌کند.

دولت‌های سراسر جهان برای مواجهه با بیماری همه‌گیر کوید-۱۹، سازوکارهای مدیریتی و هماهنگی را در مرکز دولت ایجاد کرده‌اند تا واکنش به همه‌گیری بیماری کرونا را تسهیل کنند. این سازوکارها در واقع یک مؤسسه یا مجموعه‌ای از مؤسسه‌ها هستند که زیر نظر مستقیم رئیس قوه مجریه، در مبارزه با بیماری‌های واگیردار، اقدامات مدیریتی مستقیمی انجام می‌دهند (جیمز و بن‌گرا^۵، ۲۰۰۴). بر اساس تجربه بانک جهانی و مبانی نظری، وظایف اساسی مرکز هماهنگی در واکنش به بیماری همه‌گیر به شرح زیر شناسایی شده است (کنی کووا^۶، ۲۰۲۰): ۱. تصمیم‌گیری و وضع خط‌مشی، ۲. هماهنگی عملیات، ۳. گردآوری اطلاعات و ۴. ارتباطات خارجی.

باید در نظر داشت که ستادهای هماهنگی در کشورهای مختلف برای اجرای خط‌مشی‌های مقابله با بیماری کرونا، از سازوکار صدور بخشنامه و دستورالعمل‌های مختلف بیشترین استفاده را می‌کنند. در این میان، نقش وزرای کشور و بهداشت و درمان بسیار کلیدی است. مقامات محلی مانند شهرداری‌ها و فرمانداری‌ها، باید در اجرای خط‌مشی‌ها و راهبردهای کنترل و محدودسازی بیماری کرونا هماهنگ با واحدهای ستادی عمل کنند. وزرای آموزشی باید در بستن یا بازگشایی محدود مدارس و دانشگاه‌ها هماهنگ با وزیر بهداشت و درمان عمل کنند. به هر حال، سازوکارهای هماهنگی متناسب با ظرفیت دولت، توسعه‌یافتگی کشورها، وسعت کشور، تراکم جمعیتی، نابرابری و نوع سیستم حاکمیت (فدرالی یا تک‌بافت) می‌توانند متفاوت باشند. به‌طور کلی، نهادهای مسئول مبارزه با کرونا در کشورهای مورد مطالعه به شرح جدول ۶ است و مسئولیت هماهنگی و یکپارچه‌سازی فعالیت‌ها را بر عهده دارد.

1. Martin, Nolte & Vitolo
2. Waugh & Streib
3. Comfort
4. Moynihan
5. James & Ben-Gera
6. Kunicova

جدول ۶. تشکیلات مبارزه با ویروس کرونا در کشورهای مورد مطالعه (Kunicova, 2020)

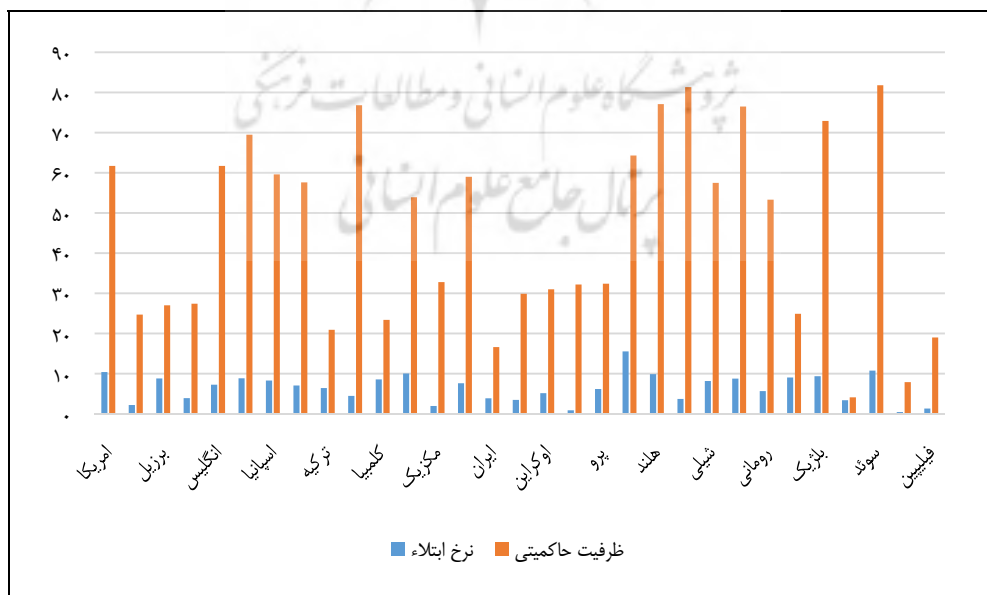
کشور	مرکز فرماندهی
آمریکا	President, Federal Emergency Management Agency (FEMA)
هند	Ministry of Health & Family Welfare National Centre for Disease Control
برزیل	Ministry of Health National Health Surveillance Agency (Anvisa)
روسیه	Prime Minister, National Coordination Council, Ministry of Health of Russian Federation
انگلیس	Prime Minister, Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE)
فرانسه	President, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
اسپانیا	Prime Minister, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
ایتالیا	Prime Minister, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
ترکیه	President, Ministry of Health Coronavirus Scientific Advisory Board (SAB)
آلمان	Chancellor, Robert Koch Institute (RKI) Federal Infection Protection Act (FIPA)
کلمبیا	President, Ministry of Health and social Protection
آرژانتین	President, Health Ministry
مکزیک	The Mexican Social Security Institute (IMSS)
لهستان	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
ایران	رئیس جمهور، ستاد ملی مبارزه با کرونا
آفریقای جنوبی	National Department of Health
اوکراین	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
اندونزی	President Ministry of Health
پرو	President, LCR, High-Level Multisector Commission
چک	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
هلند	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
کانادا	Prime Minister, The Public Health Agency of Canada
شیلی	President, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
پرتغال	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
رومانی	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
اسرائیل	Prime Minister, Ministry of Health
بلژیک	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
عراق	نخست وزیر، سلول بحران مقابله با کرونا (خلیه‌ی ال‌زمه‌ی مواجهه‌ی ویروس کورونا)
سوئد	The Public Health Agency
پاکستان	Ministry of national Health Services, Regulations & coordination
فیلیپین	Inter-agency Task Force for the Management of Emerging Infectious Diseases (IATF-EID)

به طور کلی، تمام سازمان‌ها و زیرساخت‌های کشورهای در قبال ویروس کرونا مسئول بوده و باید در راستای مهار آن تلاش کنند. اما با توجه به شیوع گسترده، در کشورهای مورد مطالعه، وزارت بهداشت، وزیر بهداشت، معاون وزیر، کادر درمان و بیمارستان‌ها در جبهه اصلی مقاومت در مقابل ویروس کرونا هستند.

تهدید امنیت بهداشتی ویروس کرونا موجب شده است تا نیروهای مسلح قریب به اتفاق کشورهای جهانی برای مبارزه با تهدید ویروس میکروسکوپی کووید-۱۹ وارد عمل شده و در کنار کادر بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت هم‌افزایی شایان توجهی در کنترل و پایش بیماری ایجاد کنند. جامعه مدنی یکی دیگر از نقش‌آفرینان مبارزه با بیماری کروناست. هرچند از ظرفیت جامعه مدنی در بیشتر کشورها استفاده بهینه‌ای نشده است، اما به طور خودجوش وظایف زیر را جامعه مدنی در کشورهای مختلف دنبال می‌کند: ۱. تأمین غذا، داور و بسته‌های بهداشتی، ۲. ارائه خدمات بهداشتی، ۳. اطلاع‌رسانی پیام‌های بهداشتی از طریق شبکه‌های اجتماعی، ۴. جمع‌آوری کمک‌های مالی برای اقشار آسیب‌پذیر، ۵. بسیج داوطلبان برای تست کرونا در مراحل تهیه واکسن و ۶. فعالیت داوطلبانه در مراکز قرنطینه. در نهایت و در مرحله آخر، این مردم هستند که با رعایت اصول بهداشتی و نکات مهم می‌توانند زنجیره ابتلا را قطع کنند.

پرسش چهارم: ظرفیت حاکمیتی دولت‌ها در مبارزه با ویروس کرونا در چه سطحی است؟

بی‌شک، هرچه ظرفیت حاکمیتی دولت‌ها بیشتر باشد، انتظار می‌رود در مبارزه با بیمارهای واگیردار مانند کووید-۱۹ موفق‌تر عمل کنند. در این پژوهش، ظرفیت حاکمیتی دولت‌ها بر مبنای شاخص شکنندگی دولت^۱ محاسبه شده است (اف‌اف‌پی، ۲۰۲۰). شایان ذکر است که فشارهای جمعیتی هنگام بروز بیماری‌های واگیردار و بلایای طبیعی عرصه را بر حکومت تنگ کرده و کمبود ظرفیت‌های حکومت می‌تواند مسئله‌آفرین باشد.



شکل ۶. ظرفیت حاکمیتی کشورها در مبارزه با ویروس کرونا

همان‌طور که در نمودار شکل ۶ دیده می‌شود، بین ظرفیت حاکمیتی و نرخ ابتلا به ویروس کرونا هم‌بستگی منفی دیده نمی‌شود. برای مثال، سوئد با ظرفیت حاکمیتی $۸۱/۸۰$ با نرخ ابتلای بالایی ($۱۱/۲۷$) مواجه است، در حالی که پاکستان با ظرفیت حاکمیتی $۷/۹۰$ دارای کمترین نرخ ابتلا ($۰/۵۴$) به بیماری کروناست. از این رو، نمی‌توان عامل ظرفیت حاکمیتی را در جلوگیری از گسترش بیماری کرونا تعیین‌کننده دانست.

برای پاسخ به این پرسش که ظرفیت حاکمیتی دولت‌ها در مبارزه با کرونا در چه سطحی است، از فرضیه‌های آماری زیر استفاده شده است.

$H_0: \mu \leq 50$ ظرفیت حاکمیتی در سطح مورد انتظار نیست.

$H_a: \mu > 50$ ظرفیت حاکمیتی در سطح مورد انتظار است.

برای آزمون فرضیه آماری، از توزیع t تک‌نمونه‌ای استفاده شده که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

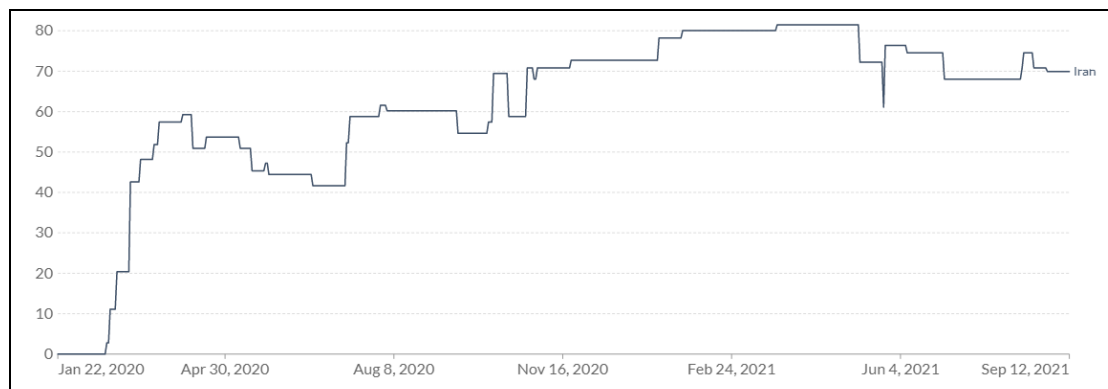
جدول ۷. ظرفیت حاکمیتی در کشورهای مورد مطالعه

ارزش آزمون = ۵۰						شایستگی
فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	
کرنه بالا	کرنه پایین					
۴/۴۴	-۱۲/۹۱	۴۵/۷۶	۰/۳۲۷	۳۰	-۰/۹۹۷	ظرفیت حاکمیتی

همان‌طور که در جدول دیده می‌شود، سطح معناداری کوچک‌تر از $۰/۰۵$ است. با در نظر گرفتن اینکه مقدار t منفی است، در فاصله اطمینان ۹۵ نمی‌توان فرض صفر را رد کرد. بنابراین، اگر ظرفیت حاکمیتی را یکی از عوامل بازدارنده در گسترش بیماری کرونا به حساب بیاوریم، نمی‌توان انتظار داشت که نظام حاکمیتی بیشتر این کشورها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا موفق عمل کنند.

پرسش پنجم: سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در چه سطحی است؟

سخت‌گیری حکومت ایران در مبارزه با کرونا در نمودار شکل ۷ نشان داده شده است. هرچه مقدار به‌دست‌آمده به ۱۰۰ نزدیک‌تر شود، میزان سخت‌گیری حکومت بیشتر است.



شکل ۷. روند سخت‌گیری حکومت ایران در مبارزه با کرونا (هیل و همکاران، ۲۰۲۱)

برای پاسخ به این پرسش که سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در چه سطحی است، از فرضیه‌های آماری زیر استفاده شده است.

$H_0: \mu \leq 50$ سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در سطح مناسبی نیست

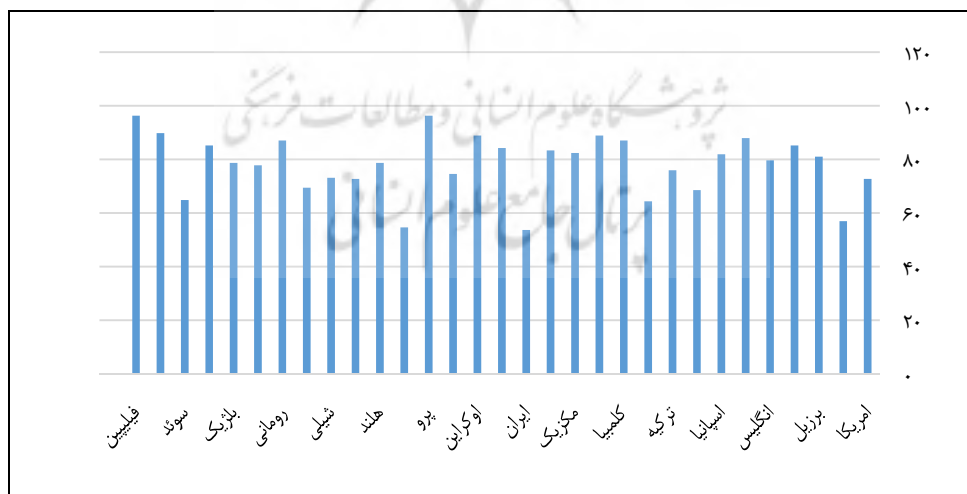
$H_a: \mu > 50$ سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در سطح مناسبی است.

برای آزمون فرضیه آماری، از توزیع t تک‌نمونه‌ای استفاده شده که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸. سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در کشورهای مورد مطالعه

ارزش آزمون = ۵۰					مقدار t	شایستگی
فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی		
کرانه بالا	کرانه پایین					
۳۲/۲۱	۲۴/۰۳	۷۸/۱۲	۰/۰۰۰	۳۰	۱۴/۰۵	سخت‌گیری حکومت (GS)

همان‌طور که در جدول ۸ دیده می‌شود، سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. با در نظر گرفتن اینکه مقدار t مثبت است، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. به بیان دیگر، میانگین سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا در کشورهای مورد مطالعه بالاتر از میانگین مفروض (۵۰) است. بنابراین، نظام حاکمیتی این کشورها در اجرای مقررات مبارزه با کرونا جدی هستند. سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خطمشی مبارزه با کرونا به تفکیک کشورها در نمودار شکل ۸ منعکس شده است.



شکل ۸. مقایسه سخت‌گیری حکومت در کشورهای مورد مطالعه

همان‌طور که در نمودار شکل ۸ دیده می‌شود، کمترین میزان سخت‌گیری حکومت در اجرای خطمشی کرونا مربوط به کشور ایران (۵۳/۷۰) و جمهوری چک (۵۴/۶۳) است، در حالی که بیشترین میزان سخت‌گیری حکومتی را در پرو (۹۶/۳۰) و فیلیپین (۹۶/۳۰) شاهد هستیم. دلیل این موضوع، گسترش سویه دلتا در این کشورهاست. گفتنی است که

کاهش سخت‌گیری حکومتی در ایران، شروع واکسناسیون گسترده است، اما نباید فراموش کرد که موج پنجم کرونا در کشور هنوز فعال است و نیاز است تا حکومت در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا، سخت‌گیری بیشتری اعمال کند.

پرسش ششم: ویژگی‌های حاکمیت متعالی در مبارزه با کرونا از سوی کشورهای مختلف تا چه حد رعایت می‌شوند؟

یکی از موارد بسیار مهمی که در خصوص مبارزه با ویروس کرونا اهمیت بسزایی دارد، ارائه گزارش‌های شفاف و مداوم است. همچنین، در نحوه مهار یک ویروس، تمامی ارکان و افراد یک کشور باید با هم متحد بوده و مشارکت داشته باشند. به‌منظور سنجش حاکمیت متعالی در کشورهای مورد مطالعه، از پایگاه داده بانک جهانی استفاده شده است (WGI, 2020). مؤلفه‌های شش‌گانه حاکمیت خوب در مدل بانک جهانی در مقیاس ۲/۵- تا ۲/۵+ سنجش شده است. برای پاسخ به این پرسش که تعالی حاکمیت در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا در چه سطحی است، از فرضیه‌های آماری زیر استفاده شده است.

$H_0: \mu \leq 0$ تعالی حاکمیت در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا در سطح مناسبی نیست.

$H_a: \mu > 0$ تعالی حاکمیت در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا در سطح مناسبی است.

برای آزمون فرضیه آماری، از توزیع t تک‌نمونه‌ای استفاده شده که نتایج آن در جدول ۹ آمده است.

جدول ۹. تعالی حاکمیتی در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا در کشورهای مورد مطالعه

ارزش آزمون = *						مؤلفه‌های تعالی حاکمیتی
فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	
کرانه بالا	کرانه پایین					
۰/۷۹۹	۰/۱۹۷	۰/۴۹۸	۰/۰۰۲	۳۰	۳/۳۸	پاسخ‌گویی و شنوایی
۰/۱۵۹	-۰/۵۵۵	-۰/۱۹۸	۰/۲۶۷	۳۰	-۱/۱۳	ثبات سیاسی
۰/۸۳۸	۰/۲۴۰	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱	۳۰	۳/۶۸	اثربخشی دولت
۰/۸۹۷	۰/۲۳۵	۰/۵۶۶	۰/۰۰۲	۳۰	۳/۴۹	کیفیت تنظیمی
۰/۶۹۳	-۰/۰۱۲	۰/۳۴۱	۰/۰۵۸	۳۰	۱/۹۶	حاکمیت قانون
۰/۶۹۵	-۰/۰۴۷	۰/۳۲۴	۰/۰۸۵	۳۰	۱/۷۸	کنترل فساد

همان‌طور که در جدول دیده می‌شود، سطح معناداری سه مؤلفه «پاسخ‌گویی و شنوایی»، «اثربخشی دولت» و «کیفیت تنظیمی» کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. با در نظر گرفتن اینکه مقدار t مثبت است، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. در ضمن، سطح معناداری دو مؤلفه «ثبات سیاسی» و «کنترل فساد» بیشتر از ۰/۰۵ است که نشانگر نامطلوب بودن آنهاست. البته یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که فقط بین «ثبات سیاسی» و نرخ گسترش ویروس کرونا در کشورهای مورد مطالعه رابطه وجود دارد (جدول ۱۰).

جدول ۱۰. بررسی تأثیر مؤلفه‌های حاکمیت مطلوب بر نرخ گسترش کرونا

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	سطح معناداری		آمارهای هم‌خطی	
	B	خطای معیار			Beta	تولرانس	VIF	R
مقدار ثابت	۶/۸۹۸	۰/۵۳۵		۱۲/۸۹۷	۰/۰۰۰			
ثبات سیاسی	۲/۰۲۷	۰/۵۴۶	۰/۵۶۷	۳/۷۱۱	۰/۰۰۱		۱/۰۰	۱/۰۰
مدل	جمع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری	R ^۲		
	۱۱۷/۱۵۳	۱	۱۱۷/۱۵۳	۱۲/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۰/۵۶۷	

متغیر وابسته: نرخ گسترش کرونا

همان‌طور که در جدول ۱۰ دیده می‌شود، در روش رگرسیونی گام‌به‌گام، فقط متغیر ثبات سیاسی وارد مدل شده است. بنابراین، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که ثبات سیاسی تأثیر مثبتی بر گسترش کرونا دارد. به بیان دیگر، افراد امنیت بیشتری را برای تعامل با یکدیگر و جابه‌جایی‌های درون و بین شهری احساس می‌کنند و به تبع آن به گسترش کرونا دامن می‌زنند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

این پژوهش با بررسی تطبیقی کشورهای که کووید-۱۹ در آنها گسترش بیشتری پیدا کرده است، تلاش کرده تا شباهت‌ها و تفاوت‌های حاکمیتی آنها را در مبارزه با کرونا شناسایی کند. بی‌شک، مقایسه جنبه‌های متفاوت واکنش کشورها به همه‌گیری کرونا با توجه به شرایط زمینه‌ای آنها بسیار مهم و آموزنده است. تحلیل مقایسه‌ای آگاهی از سایر الگوهای فکری و کنشی را افزایش می‌دهد و از این طریق ترتیبات جدیدی را پیش روی تصمیم‌گیرندگان قرار دهد. بر مبنای چارچوب نظری احصاشده از ادبیات حاکمیتی، کشورهای مورد مطالعه از نظر خطمشی مبارزه با کرونا، سازوکار هماهنگی، ظرفیت حاکمیتی، سخت‌گیری حکومتی در مبارزه با کرونا و تعالی حاکمیتی مقایسه شدند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نرخ فوتی در کشورهای مورد مطالعه در مجموع زیر یک درصد است، اما در مقایسه کشور پرو با نرخ ۰/۵۹ بالاترین فوتی و کشور پاکستان با نرخ فوتی ۰/۰۱ کمترین فوتی ناشی از کرونا را دارند. ایران با نرخ فوتی ۰/۱۳ در مقایسه با کشورهای مورد مطالعه در وضعیت متوسطی قرار دارد، اما با لحاظ قرار دادن نسبت فوتی‌ها به مبتلایان، ایران با نسبت ۲/۱۶ از جایگاه مطلوب برخوردار نیست. نسبت فوتی‌ها به مبتلایان در دو کشور مکزیک و پرو در بالاترین سطح و در دو کشور ترکیه و رژیم اشغالگر در پایین‌ترین سطح قرار دارد. مقایسه کشورهای مورد مطالعه از نظر نرخ گسترش کرونا نشان می‌دهد که جمهوری چک دارای بالاترین نرخ گسترش (۱۵/۷۲) و پاکستان از پایین‌ترین نرخ گسترش (۰/۵۴) برخوردار است. ایران نیز با نرخ گسترش ۶/۴۰ در وضعیت به‌نسبت مناسبی قرار دارد. مقایسه کشورها از نظر خطمشی‌های مبارزه با کرونا نشانگر آن است که برخی از خطمشی‌های مبارزه با کرونا مانند فاصله‌گذاری اجتماعی در میان تمامی کشورهای مورد مطالعه یکسان به کار گرفته شده است، در مقابل برخی از کشورها

به دلیل محدودیت‌هایی مانند پایین بودن توان مالی نتوانسته‌اند از خط‌مشی‌هایی مانند ارائه تسهیلات گسترده به کسب‌وکارهای آسیب‌دیده یا حمایت مالی از نیازمندان اقدام کنند. به هر حال، در انتخاب ابزارهای اجرای ۱۶ خط‌مشی فرعی مبارزه با کرونا تفاوت‌های شایان توجهی بین کشورها دیده می‌شود. برای مثال، ۳۵/۵ درصد کشورهای مورد مطالعه در اجرای خط‌مشی بستن مدارس از ابزار «الزام در تمامی سطوح» استفاده کرده‌اند، در حالی که ۲۵/۸ درصد آنان از ابزار «الزم در بعضی از سطوح» بهره گرفته‌اند و ۳۵/۵ درصد دیگر به «توصیه به بستن» اکتفا کرده‌اند. البته کشور سوئد نیز عدم الزام را در پیش گرفته است. جزئیات تفصیلی تفاوت‌های بین کشورها در اجرای خط‌مشی‌های مبارزه با کرونا در جدول ۴ منعکس شده است.

بررسی سازوکارهای هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی در سطوح و بخش‌های مختلف نشان می‌دهد که دولت‌ها در حکومت مرکزی زیر نظر بالاترین مقام اجرایی یا دستگاه متولی بهداشت و درمان، سازوکارهای هماهنگی ایجاد کرده‌اند. البته، سازوکارهای هماهنگی متناسب با ظرفیت دولت، درجه توسعه‌یافتگی کشورها، وسعت کشور، نوع حکومت و مانند اینها یکسان نیست. یکی از پدیده‌های تحسین‌شده در مبارزه با کرونا، ورود نیروهای مسلح قریب به اتفاق کشورهای جهان برای مبارزه با تهدید ویروس کووید-۱۹ است که هماهنگ با وزارت بهداشت در کنترل و پایش بیماری همکاری می‌کنند.

از نظر ظرفیت حاکمیتی در مبارزه با کرونا نیز بین کشورهای مختلف تفاوت‌های شایان توجهی دیده می‌شود. نتیجه پژوهش حاکی از ظرفیت حاکمیتی پایین در نصف کشورهای مورد مطالعه است. در مقابل، کشورهای توسعه‌یافته از ظرفیت حاکمیتی بالایی برخوردار هستند که می‌تواند در مبارزه با کرونا کمک‌کننده باشد، اما یافته‌های پژوهش هم‌بستگی منفی بین ظرفیت حاکمیتی و نرخ ابتلا به کرونا را نشان نمی‌دهد. برای مثال، سوئد با ظرفیت حاکمیتی ۸۱/۸۰ با نرخ ابتلای ۱۱/۲۷ مواجه است، در مقابل پاکستان با ظرفیت حاکمیتی پایین (۷/۹۰) از نرخ ابتلای بسیار پایینی (۲/۱۷) برخوردار است. به بیان دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که ظرفیت حاکمیتی در مبارزه با کرونا عامل تعیین‌کننده نیست یا عوامل دیگری وجود دارند که تأثیرگذاری ظرفیت حاکمیتی بر کاهش نرخ ابتلا را تعدیل می‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که سخت‌گیری حکومت‌ها در اجرای خط‌مشی مبارزه با کرونا نیز یکسان نیست. کشورهای فیلیپین و پرو به با مقدار ۹۶/۳۰ بیشترین سخت‌گیری و ایران با مقدار ۵۳/۷۰ کمترین سخت‌گیری را به خود اختصاص داده‌اند. باید در نظر داشت که افزایش یا کاهش سخت‌گیری در یک کشور به میزان زیادی به فراز و فرود کرونا بستگی دارد، با ایجاد امواج جدید کرونا، یک کشور به‌طور طبیعی به سمت سخت‌گیری بیشتری حرکت می‌کند و برعکس. در ضمن، گستره واکسیناسیون نیز به‌طور طبیعی به کاهش سخت‌گیری حکومت در مبارزه با کرونا منجر می‌شود. میزان سخت‌گیری حکومتی در ایران (۵۳/۷) در شرایطی اتفاق می‌افتد که موج پنجم کرونا (دلتا) فعال است، اما واکسیناسیون گسترده باعث سهل‌گیری حکومت شده است. سرانجام، یافته‌های پژوهش نشانگر آن است که به‌استثنای ثبات سیاسی مؤلفه‌های دیگر حاکمیت متعالی بر نرخ گسترش کرونا تأثیر ندارند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. با توجه به فعال بودن موج پنجم کرونا در کشور و همچنین آغاز فصل پاییز، سخت‌گیری در اعمال خطمشی‌های کنترلی افزایش یابد؛
 ۲. ظرفیت حاکمیتی مبارزه با کرونا از طریق تأمین به‌موقع واکسن افزایش و واکسیناسیون تکمیلی تداوم داشته باشد؛
 ۳. از ظرفیت جامعه مدنی برای اطلاع‌رسانی، کنترل و پایش کرونا استفاده بیشتری شود؛
 ۴. ظرفیت‌سازی برای گذر از سازمان‌های سنتی به سازمان‌های T شکل برای ارائه خدمات دولتی به روش الکترونیکی در شرایط بحرانی ناشی از بیماری‌های واگیردار؛
 ۵. ارتقای ظرفیت شبکه بهداشتی کشور برای مقابله با فشارهای جمعیتی.
- با وجود نقش این پژوهش در تبیین شباهت‌ها و تفاوت‌های الگوهای حاکمیتی کشورهای مختلف در مبارزه با کرونا، از برخی جهات محدودیت‌هایی بر آن وارد است که از آن جمله می‌توان به حجم نمونه انتخاب اشاره کرد که باید در تعمیم یافته‌های آن به کل کشورهای جهان جانب احتیاط را رعایت کرد. در ضمن، نبود دسترسی به داده‌های دست اول باعث شد که پاسخ به پرسش‌های پژوهش فقط با تکیه بر داده‌های ثانویه انجام شود که باید درجاتی از خطای قضاوت در خصوص این داده‌ها در نظر گرفته شود. از این رو، توصیه می‌شود در پژوهش‌های تطبیقی آینده الگوهای حاکمیتی در خوشه کشورهای مشابه از نظر جغرافیایی، فرهنگ عمومی و توسعه‌یافتگی مقایسه شود.

منابع

ابطحی، محمدعلی (۱۳۹۹). مبارزه با کرونا: الگوی مدیریتی کشور، روزنامه ایران، ۳۰ اردیبهشت، شماره ۷۳۷۵. قابل دسترسی در <https://www.irannewspaper.ir/newspaper/item/546248> آدرس:

نهاد ریاست جمهوری (۱۳۹۹)، مجموعه مصوبات ستاد ملی مقابله با کرونا، بخش اول، معاونت امور دولت، دفتر هیئت دولت

References

- Abtahi, M. A. (2020). *Fighting the Corona: The Model of Country Management*, Iran Newspaper. No. 7375, July 23 Retrieved from <https://www.irannewspaper.ir/newspaper/item/546248>. (in Persian)
- Barbie, E. (2010). *The practice of social research* (12th ed.), Belmon, USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Choi, T. (2020). Innovative “Bring-Service-Near-Your-Home” operations under Corona-Virus (COVID-19/SARS-CoV-2) outbreak: Can logistics become the Messiah? *Transportation Research*, 4, 12-28.
- Comfort, L. K. (2007). Crisis management in hindsight: Cognition, communication, coordination, and control. *Public Administration Review*, 67(S1), 189–197.

- Economy, E.C. (2020). *The Hydra Vs. the Headless Horeman: China and the United States*, Retrieved from <https://www.cfr.org/blog/hydra-vs-headless-horseman-china-and-united-states>.
- Graham, J., Amos, B., and Plumptre, T. (2003). *Principles for Good Governance in the 21th Century*: Policy Brief No.15, Institute on Governance, Ottawa, Canada.
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S. and Tatlow, H. (2021). A global paneldatabase of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government ResponseTracker). *Nature Human Behaviour*, 5: 529-538.
- Howlett M., Ramesh M., and Perl A. (2009). *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*, Oxford University Press, Oxford.
- <https://media.cabinetoffice.ir/uploads/org/2020/09/07/159946590065333800.pdf>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Cao, B. (2020). *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. *The Lancet*.
- IATA (2021). *Covid-19 Travel Regulations Map*, Retrieved from <https://www.iatatravelcentre.com/world.php>.
- IHME (2021). *Covid-19 Projections*, Retrieved from <https://covid19.healthdata.org>
- IMF (2021). *Policy Responses to Covid-19*, available at <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>.
- James, S. and Ben-Gera, M. (2004). *A Comparative Analysis of Government Offices in OECD Countries*, Public Governance Committee. Paris: Organisation for Economic Co - operation and Development.
- Juiz, C., Guerrero, C., and Lera, I. (2014). Implementing Good Governance Principles for the Public Sector in Information Technology Governance Frameworks, *Open Journal of Accounting*, 3, 9-27.
- Kunicova, J. (2020). *Driving the COVID-19 Response from the Center: Institutional Mechnisms to Ensure Whole of Government Coordition*, World Governance Global Practice.
- Manoj, M. G., Satheesh Kumar, M. K., Valsaraj, K. T., Sivan, C., and Vijayan. S. K. (2020). Potential link between compromised air quality and transmission of the novel corona virus (SARS-CoV-2) in affected areas, *Environmental Research*, 10, 1-21.
- Martin, E., Nolte, I., & Vitolo, E. (2016). The Four Cs of disaster partnering: Communication, cooperation, coordination and collaboration. *Disasters*, 40(4), 621–643.
- Mette-Kjaer, A. (2004). *Governance: Key Concepts*, Cambridge, Polity Press.
- Moynihan, D. P. (2008). Combining structural forms in the search for policy tools: Incident command systems in US crisis management. *Governance*, 21(2), 205–229.
- NHAC (2020). Collection of Approvals of the National Headquarters against Corona, Part I, Deputy Minister of Government Affairs, Cabinet Office (*in Persian*).

- Our World in Data (2021). *Policy Responses to the Coronavirus Pandemic*, Retrieved from <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>.
- Phung Dang, T.K., Visseren-Hamakers, I.J., and A., B. (2015). A Framework for Assessing Governance Capacity: An Illustration from Vietnam's Forestry Reforms, *Environment and Planning C Government and Policy*, 0(0), 1-21.
- UNESCO (2021). *Global Monitoring of School Closures*, Retrieved from <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
- Van der Voorn, T.; de Jong, M. (2021). Cope or Perish? Managing Tipping Points in Developing Coping Strategies for Emergency Responses during the First Wave of the COVID-19 Outbreak in Europe. *COVID 2021*, 1(1), 39-70; <https://doi.org/10.3390/covid1010005>
- Waugh, W. L., Jr., & Streib, G. (2006). Collaboration and leadership for effective emergency management. *Public Administration Review*, 66(S1), 131-140.
- WGI (2020). *Worldwide Governance Indicators*, Retrieved from <https://info.worldbank.org/governance/wgi/>
- WHO (2021). *Coronavirus, about Coronavirus Disease (COVID-19)*, World Health Organization, Retrieved from <https://www.who.int/health-topics>.
- Worldometer (2020). Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus>