

• بررسی سلامت جسم و روان در آموزه های دینی از منظر  
شهید مطهری  
رسول محمد جعفری، مهدیه حیدری نسب .... صفحه ۱۸۴

• تنش های اخلاقی در بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی:  
یک مطالعه کیفی فاطمه حسن شیرینی، محسن کریمی،  
امیر احمد شجاعی ..... صفحه ۱۹۸

• ارائه مدل ارتقاء اثر بخشی دوره های آموزش ضمن خدمت  
کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی زهرا یوسفی، محمد نقی ایمانی،  
حسینعلی جاهد ..... صفحه ۲۱۵

• تعیین حوزه ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات  
حرفه ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان های آموزشی،  
از دیدگاه خبرگان، مورد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی ایران. عبدالله جوادی نژاد، نادر قلی قورچیان،  
اختر جمالی ..... صفحه ۲۳۱

• مسئولیت کیفری ناشی از انتقال ویروس کرونا از منظر فقه  
و حقوق حسین اسماعیلی ..... صفحه ۲۴۲

• طراحی الگوی بهبود سیاست های توسعه بیمه های بهداشتی  
و درمانی در ایران فاطمه اسدنژاد، کرم الله دانش فرد،  
رضا نجف بیگی ..... صفحه ۲۵۹

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | نام مجله:                                  |
| طب و تزکیه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | صاحب امتیاز:                               |
| معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نوع نشریه:                                 |
| فصلنامه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | مدیر مسئول:                                |
| دکتر ابوالفضل باقری فرد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | سر دبیر:                                   |
| دکتر الهه ملکان راد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | دبیر اجرایی:                               |
| دکتر سید امیر پاشا طبائیان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | اعضای هیات تحریریه به ترتیب حروف الفبا:    |
| دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر محمودرضا اشرفی، دکتر محمد اسماعیل اکبری، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر نیلوفر پیکری، دکتر غلامعلی جاودان، دکتر غلامرضا حسن زاده قیه قشلاقی، دکتر علیرضا رحیم‌نیا، دکتر فریدون عزیزی، دکتر سید موید علویان، دکتر جلیل کوهپایه زاده اصفهانی، دکتر محمدعلی محقق، دکتر کاظم محمد، دکتر محسن نفر، دکتر مرضیه وحید دستجردی | کارشناسان نشریه:                           |
| دکتر منظر امیرخانی، دکتر سمانه پنجه علی بیک، مجید عسکری                                                                                                                                                                                                                                                                                          | سال انتشار و نوبت چاپ:                     |
| دوره ۳۱ شماره سوم پاییز ۱۴۰۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | شابک:                                      |
| الکترونیکی: ۱۶۰۸-۲۳۹۷                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | بانک‌ها و نمایه‌ها:                        |
| چاپی: ۶۲۳۹-۲۲۵۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | آدرس:                                      |
| Google Scholar, Magiran, ISC, SID, CIVILICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی |
| تهران، شهرک قدس (غرب)، خیابان سیمای ایران، وزارت                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | پست الکترونیک                              |
| TebTazkiyeh@behdasht.gov.ir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |

| فهرست مطالب                                                                                                                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| عنوان                                                                                                                                                                                                                                      | شماره صفحه |
| بررسی سلامت جسم و روان در آموزه‌های دینی از منظر شهید مطهری<br>رسول محمدجعفری؛ مهدیه حیدری نسب                                                                                                                                             | ۱۷۲-۱۸۴    |
| تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی: یک مطالعه کیفی.<br>فاطمه حسن شیرینی؛ محسن کریمی؛ امیر احمد شجاعی                                                                                                                       | ۱۸۵-۱۹۸    |
| ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت،<br>درمان و آموزش پزشکی<br>زهره یوسفی؛ محمدنقی ایمانی؛ حسینعلی جاهد                                                                                       | ۱۹۹-۲۱۵    |
| تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و<br>بیمارستان‌های آموزشی، ازدیدگاه خبرگان، مورد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی<br>ایران<br>عبدالله جوادی نژاد؛ نادرقلی قورچیان؛ اختر جمالی | ۲۱۶-۲۳۱    |
| مسئولیت کیفری ناشی از انتقال ویروس کرونا از منظر فقه و حقوق<br>حسین اسماعیلی                                                                                                                                                               | ۲۳۲-۲۴۲    |
| طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران<br>فاطمه اسدزاد؛ کرم الله دانش فرد؛ رضا نجف بیگی                                                                                                                      | ۲۴۳-۲۵۵    |

## بررسی سلامت جسم و روان در آموزه‌های دینی از منظر شهید مطهری

رسول محمدجعفری<sup>۱\*</sup>، مهدیه حیدری نسب<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** شهید مطهری از برجسته‌ترین دانشمندان معاصر است. آثار وی مجموعه‌ای ارزشمند هستند که در آن‌ها علوم مختلف اسلامی، مانند: فقه، اصول، فلسفه، اخلاق، تاریخ و جامعه‌شناسی به صورت دقیق و عمیق مورد مطالعه و پژوهش قرار گرفته‌اند. یکی از موضوعات پر دامنه در آثار وی، مسئله سلامت است. نظر به اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت جسم و روان در آموزه‌های دینی از منظر شهید مطهری است.

**روش بررسی:** این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی از نوع تحلیل مفهومی و اسنادی، با بهره‌گیری از مجموعه آثار و یادداشت‌های شهید مطهری و استناد به آیات و روایات صورت گرفته است. از جامعه تحقیق، نمونه‌ها به صورت هدفمند و با توجه به هدف پژوهش، در برگه‌یادداشت‌ها نوشته شده‌اند، آن‌گاه برگه‌یادداشت‌ها در جدول تحقیق قرار گرفته و سپس تبیین گردیده‌اند.

**یافته‌ها:** یافته‌های تحقیق حکایت از آن داشت که استاد مطهری سلامتی را عدم بیماری و وجود تعادل در بدن تعریف کرده است که مطابق با تعریف سلامتی در طب سنتی است. وی سلامتی را به جسم و بدن محدود نمی‌داند. در این پژوهش مباحث مرتبط با سلامت جسمی و روانی در آثار شهید مطهری، استخراج و تبیین شده است.

**نتیجه‌گیری:** به باور شهید مطهری، مبنای احکام پنج‌گانه در اموری مانند خوراکی‌ها و آشامیدنی‌ها بر اساس سود و زیان آن‌ها برای بدن انسان است و بر پایه آموزه‌های اسلامی رعایت بهداشت از نظر اسلام واجب است. همچنین از منظر وی، اخلاق، سلامت روان، قوی‌پروری و میانه‌روی در تغذیه از عوامل مؤثر در سلامت جسم هستند و ایمان، اخلاق، عبادت و کار از عوامل مؤثر در سلامت روان می‌باشند.

**کلمات کلیدی:** شهید مطهری، سلامت جسم، سلامت روان، آموزه‌های دینی

\*۱. نویسنده مسئول. دانشیار علوم قرآن و حدیث، گروه علوم قرآن و حدیث، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، ایران. r.mjafari@shahed.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم قرآن و حدیث، گروه علوم قرآن و حدیث، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، ایران. mahdiyehheydari777@gmail.com

## مقدمه

در میان متفکران و اندیشمندان اسلامی در دوره معاصر، یکی از چهره‌های برجسته علمی - که ابعاد گوناگون معارف و آموزه‌های اسلامی را با تحقیقات گسترده و تسلط کم‌نظیر بر علوم اسلامی به روشنی بیان داشته است - شهید مرتضی مطهری است. بی‌شک، آثار وی مجموعه‌ای ارزشمند هستند که در آن‌ها علوم مختلف اسلامی، مانند: فقه، اصول، فلسفه، اخلاق، تاریخ و جامعه‌شناسی به صورت دقیق و عمیق مورد مطالعه و پژوهش قرار گرفته‌اند. یکی از موضوعات پر دامنه در آثار شهید مطهری - که درباره آن از منظر آموزه‌های دینی بحث به میان آمده است - مسئله سلامت است. علت توجه شهید مطهری به این موضوع، وجود آیات قرآن و روایات فراوان از معصومان (ع) درباره سلامت و نقش اثرگذار آن در دستیابی به سعادت دنیا و آخرت هست. از آن‌جا که شهید مطهری استادی جامع و صاحب‌نظر در علوم اسلامی بوده است، شایسته است به بررسی و تحقیق موضوع سلامت در آثار استاد شهید پرداخته شود. درباره سلامت در آموزه‌های دینی پژوهش‌های متعددی انجام شده است. هر کدام از آن‌ها از منظری، سلامت را مورد مطالعه قرار داده‌اند. برای نمونه، در پایان‌نامه «نقش اخلاق در سلامت جسم و روان از منظر آیات و روایات» به بررسی نقش فضائل و رذائل اخلاقی در سلامت جسم و روان با توجه به آیات و روایات پرداخته شده است. در پایان‌نامه «نقش عبادت در سلامت جسم و روان از منظر آیات و روایات» به بررسی نقش عبادت بر سلامت جسم و روان از دیدگاه آیات و روایات بحث گردیده است، اما پژوهشی که سلامت جسم و روان را در آموزه‌های دینی از منظر شهید مطهری مورد بررسی قرار دهد سامان نیافته است. نظر به اهمیت مسئله، هدف این پژوهش بررسی سلامت جسم و روان در آموزه‌های دینی از منظر شهید مطهری است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش با روش توصیفی - تحلیلی از نوع تحلیل مفهومی و اسنادی با بهره‌گیری از مجموعه آثار و یادداشت‌های شهید مطهری

صورت گرفته است. از جامعه تحقیق، نمونه‌ها به صورت هدفمند و با توجه به هدف پژوهش در برگه‌یادداشت‌ها نوشته شده‌اند. جامعه تحقیق مجموعه آثار و یادداشت‌های شهید مطهری بوده است. برای به دست آوردن نمونه‌های هدفمند، از این واژه‌های کلیدی استفاده شده است: بهداشت، سلامت، صحت، جسم، جسمی، روان، روانی، روح، روحی، اختلال، بیمار، بیماری، پزشک، طبیب، طبی. با استفاده از واژگان یادشده، سخنان شهید مطهری درباره سلامت جسم و روان در آموزه‌های دینی از نرم افزار مجموعه آثار شهید مطهری (ساخته شده در مؤسسه نور) استخراج گردید. سخنان وی در چهار طبقه: ۱- تعریف سلامتی، ۲- اهمیت سلامتی در اسلام، ۳- سلامت جسم، ۴- سلامت روان، تقسیم‌بندی گردیده و کدها و زیرکدهای هر یک تعیین شدند. پس از ترسیم جدول برای طبقه‌ها، کدها و زیرکدها، به تبیین آن‌ها پرداخته شد. روش مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، کیفی است.

## تحلیل یافته‌ها

## تعریف سلامتی

شهید مطهری در تعریف سلامتی نوشته است: «مرض چیزی نیست جز نبودن سلامتی و آنچه که در بدن انسان اصل است همان تعادل و سلامتی است و اگر در اثر نامیزانی طبایع مرضی پیش آمد خواه ناخواه به اصل اولیه که سلامتی باشد برخواید گشت» (۱). این تعریف مطابق با تعریف طب سنتی از سلامتی است که برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل است و اعتقاد دارد که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می‌شود (۲). مهم‌ترین و مشهورترین تعریف سلامت، مربوط به تعریف سازمان بهداشت جهانی است. به این دلیل که در هر کتاب، مقاله و پایان‌نامه‌ای که در مورد سلامت به تحقیق پرداخته شده است، این تعریف وجود دارد: سلامتی فقدان بیماری و نقص عضو نیست بلکه برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (۳).

## یافته‌های تحقیق

| طبقه            | کد                        | زیر کد                                                                                                                                                                                                           | گزاره‌ها (سخنان استاد مطهری)                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تعریف سلامتی    | سلامت جسمی                | تعال و سلامتی                                                                                                                                                                                                    | بیماری چیزی جز فقدان سلامتی نیست و آنچه که در بدن انسان، اصل است همان تعادل و سلامتی است.                                                                                                                           |
|                 | سلامت روان                | تعادل و توازن عناصر روحی                                                                                                                                                                                         | صحت و سلامت خلق و روح انسان یک امر نسبی نیست و به تعادل و توازن عناصر روحی برمی گردد.                                                                                                                               |
|                 | مبنای حرام، مکروه و مستحب | برخی زیان‌ها، مهم و برخی دیگر کم اهمیت هستند؛ یعنی زیان آن قدر است که قابل اعتنا نیست. در این صورت حکم آن، مکروه ذکر می‌شود یا ترک آن، مستحب بیان می‌گردد؛ ولی اگر چیزی زیان‌ش قطعی باشد، از نظر اسلام حرام است. |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | و جوب بهداشت              | ارجاع به متخصص                                                                                                                                                                                                   | از نظر اسلام بهداشت واجب است. در زمان پیامبر (ص)، طبیبی به نام حارث بود که در دانشگاه جندی شاپور تحصیل کرده بود. پیامبر (ص) به اصحاب خود توصیه کرد که نزد این طبیب رفته و از او استفاده کنند.                       |
| فرهنگ توسعه طلب | ایجاد بیمارستان‌ها        | بیمارستان‌های عمومی و بزرگ برای اولین بار در جهان اسلام تأسیس شد. قبل از اسلام، تاریخ نشان نمی‌دهد بیمارستان‌های عمومی به این صورت وجود داشته باشد.                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | تسلیم خداوند بودن         | امام باقر (ع) فرمودند: هر چه خدا به ما دهد به وظیفه‌مان در مورد آن عمل می‌کنیم. اگر خدا به ما ثروت بدهد همان را دوست داریم، اگر فقر بدهد همان را دوست داریم و اگر سلامت یا بیماری بدهد همان را دوست داریم.       |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | حدیث پیامبر (ص)           | پیامبر (ص) بارها سلامتی را نعمتی بزرگ گوشزد فرموده است.                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | عوامل سلامت جسم           | گناه و طاعت، توبه و پرده‌داری، عدل و ظلم، نیکوکاری و بدکاری، دعا و نفرین و مانند این‌ها از اموری می‌باشند که در عمر، سلامت و روزی مؤثر می‌باشند.                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     |
| سلامت جسم       | سلامت روان                | تن‌پروری و کاهش سلامت                                                                                                                                                                                            | در میان بیماری‌های جسمانی، بیماری‌هایی مانند: زخم معده، زخم روده و زخم اثنا عشر، ریشه عصبی دارند.                                                                                                                   |
|                 | جسم                       | بیشتر ببرد. کسی که می‌خواهد جسمش را سالم نگه دارد نمی‌تواند این گونه باشد، باید با شکم پرستی مبارزه کند.                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | قوی‌پروری                 | باید از روش قوی‌پروری پیروی کرد، یعنی کودک را در معرض میکروب‌های پرخطر قرار نداد، در عین حال بدنش در حالت مبارزه با میکروب‌های ضعیف است تا بتواند در مقابل میکروب‌های زیان‌آور مقاوم باشد.                       |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | میانروی در تغذیه          | در سلامت بدن یک اصل وجود دارد که سرچشمه همه خوبی‌ها است و آن ترک پر خوری است.                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                     |
| سلامت روان      | ارتباط جسم و روان         | تأثیر متقابل جسم و روان                                                                                                                                                                                          | بدن در روان می‌گذارد و روان در بدن، و بدن کار مستقل از روان انجام می‌دهد و روان هم کار مستقل از تن انجام می‌دهد.                                                                                                    |
|                 | بیماری روان               | تعریف بیماری روان                                                                                                                                                                                                | اموری مانند: ترس‌های و یأس‌های بی‌جا، خجالت و کم‌رویی، عصبانیت‌های بی‌جا، میل به گوشه‌گیری، بدگمانی، وسواس، توهم‌های بی‌جا، اختلالاتی هستند که در احساسات یا ادراکات انسان واقع می‌شود و نظم آن‌ها را بر هم می‌زند. |
|                 | اهمیت سلامت روان          | برتری سلامت روان                                                                                                                                                                                                 | روح سالم، شرط استفاده از موهبت‌های زندگی است و دین، شرط روح سالم است. انسان همان‌طوری که به سلامت بدن نیاز دارد به سلامت روح نیز نیاز دارد. بهداشت و معالجه روح مشکل‌تر و پرهیز و خیرتر از معالجه بدن آنان است.     |
|                 | عوامل سلامت روان          | ایمان                                                                                                                                                                                                            | بیمارستان‌ها آکنده از بیماران روانی هستند. آمار نشان می‌دهد که همه یا بیشتر این بیماری‌ها در میان طبقه‌ای است که از موهبت ایمان به خدا و اعتقاد خالص به مبدأ متعال بی‌بهره‌اند.                                     |
|                 | اخلاق                     | بسیاری از چیزهایی که فساد اخلاق شمرده می‌شود، بیماری روانی هستند؛ یعنی از نظر علم، آن‌ها را بیماری می‌شمارند.                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | عبادت                     | تجربه نشان داده است که افراد سرگرم و داخلش به عبادت که سحرها به عبادت و مناجات می‌پردازند روحشان از بار عقده‌ها خالی است.                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 | کار                       | بهداشت روانی انسان به کار بستگی دارد و انسان بیکار به بیماری دچار می‌شود.                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                     |
|                 |                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                     |

واجب است. در زمان خود پیغمبر، طبیعی بود به نام حارث بن کله، از اطبائی که در دانشگاه جندی شاپور تحصیل کرده بود. پیغمبر به اصحاب خود نوشته بود که بروید پیش این طبیب و از او استفاده کنید. علاوه بر این، کار بسیار مهمی که تمدن اسلامی کرده است توسعه طب و بهداشت و ایجاد بیمارستان‌ها بوده است. اساساً بیمارستان‌های عمومی و بزرگ برای اولین بار در جهان اسلام تأسیس شد؛ یعنی قبل از دنیای اسلام تاریخ نشان نمی‌دهد بیمارستان‌های عمومی به این صورت وجود داشته باشد» (۶). طبق آموزه‌های دینی در هیچ شرایطی - حتی برای تعالی ایمان - شایسته نیست انسان از خداوند بیماری بطلبد یا آن را بر سلامتی ترجیح دهد. استاد مطهری با نقل روایتی از گفتگوی امام باقر (ع) با جابر بن عبدالله انصاری، این اصل را تبیین می‌کند: «امام باقر (ع) تشریف بردند به عیادت جابر بن عبدالله انصاری صحابه بزرگ پیغمبر اکرم که پیر شده بود و اواخر عمرش بود. فرمود: جابر حالت چطور است؟ عرض کرد: یا بن رسول الله! در حالی هستم که فقر را بر غنا و بیماری را بر سلامت و مرگ را بر زندگی ترجیح می‌دهم. حضرت فرمود: ولی ما اهل بیت چنین نیستیم. ما هر چه خدا برایمان بخواهد همان را دوست داریم. هر چه خدا به ما بدهد ما به وظیفه‌مان در مورد آن عمل می‌کنیم. اگر خدا به ما ثروت بدهد همان را دوست داریم، اگر فقر بدهد همان را دوست داریم و اگر سلامت یا بیماری بدهد همان را دوست داریم (۱). مؤید این سخن و روایت، روایات دیگری است که در کتاب‌های حدیثی نقل شده است، از جمله آن که پیامبر (ص) نزد بیماری آمدند و فرمودند: چطور هستی؟ عرضه داشت: نماز مغرب را گذاردم و سوره قارعه را خواندم و دعا کردم: خدایا! اگر نزد تو گناهی دارم که با آن در آخرت من را عذاب می‌کنی در این دنیا عقوبتم نما. بدین سبب چنین هستم که مشاهده می‌کنی. پیامبر (ص) فرمودند: دعای بدی کردی، چرا دعا نکردی: «رَبَّنَا آتِنَا فِي الدُّنْيَا حَسَنَةً وَ فِي الْآخِرَةِ حَسَنَةً وَ قِنَا عَذَابَ النَّارِ» (بقره: ۲۰۱)، حضرت برای وی دعا کرد و او شفا یافت (۷).

از نظر استاد مطهری، سلامتی به جسم و بدن محدود نمی‌شود، چنان‌که آموزه‌های دینی نیز بر این موضوع رهنمون هستند و در آثار شهید مطهری نیز این موضوع منعکس شده است و از آن به تفصیل سخن خواهد آمد. متفکر شهید در تبیین سلامت در دو بُعد جسمی و روانی نوشته است: «صحت و سلامت بدن یک امر نسبی نیست بلکه به تعادل ترکیبات بدن برمی‌گردد، صحت و سلامت خلق و روح انسان هم یک امر نسبی نیست و به تعادل و توازن عناصر روحی برمی‌گردد» (۴). در این تبیین، تعادل ترکیبات بدن و توازن عناصر روحی، نشان‌گر سلامت روان دانسته شده است. نکته قابل توجه در این سخن، آن است که سلامتی امری نسبی تلقی نگردیده است؛ بدین معنا که سلامتی با امری دیگر مقایسه گردد و به سبب برتری یا تمایزی که در آن وجود دارد، سلامتی تلقی گردد.

### اهمیت سلامتی در اسلام

از موضوعات مهمی که شهید مطهری به آن پرداخته است، اهمیت سلامتی در اسلام است. وی مبنای احکام پنج‌گانه فقهی (واجب، مستحب، حرام، مکروه و جایز) در خوراکی‌ها، آشامیدنی‌ها و ... را بر اساس سود و زیان آن‌ها برای بدن انسان بیان کرده است: «یکی از مسلمات فقه آن است که بسیاری از امور به این دلیل تحریم شده‌اند که برای جسم انسان ضرر دارند و یک اصل کلی برای فقها مطرح است که هر چیزی که محرز بشود که برای جسم انسان مضر است، قطعاً حرام است. البته این را هم می‌گویند که زبان‌ها بعضی معتد به هستند و بعضی غیر معتد به؛ یعنی زیان آن‌قدر کم است که قابل اعتنا نیست، در این صورت حکم آن، مکروه ذکر می‌شود یا می‌گویند ترکش مستحب است ولی اگر یک چیزی زیانش قطعی باشد و مسلم بشود که زیان دارد، از نظر اسلام قطعاً حرام است» (۵). شهید مطهری بر پایه آموزه‌های اسلامی و با یادکرد روایتی از سیره پیامبر (ص) رعایت بهداشت از نظر اسلام را واجب دانسته است و فرهنگ توسعه طب و بهداشت و ایجاد بیمارستان‌ها را در تمدن اسلامی یادآور شده است: «از نظر اسلام بهداشت

### سلامت جسم

سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر زیست‌شناسی، عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آن‌ها با هم نشانه سلامت جسمی است. ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضای بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر، برخی از نشانه‌های سلامت جسمی هستند (۲).  
بُعد سلامت جسم در آثار شهید مطهری فراوان بحث شده است، وی درباره اهمیت سلامت جسم در اسلام نوشته است: «دشمن دیگر انسان بیماری است. بیماری، سعادت و نشاط و خوشی زندگی انسان را از انسان می‌گیرد. نقطه مقابل آن سلامتی است که نعمت بزرگ خداست. حدیثی به این تعبیر معروف است: «نِعْمَتَانِ مَجْهُولَتَانِ الصَّحَّةُ وَ الْأَمَانُ»: «دو نعمت است که مردم توجه ندارند و مجهول‌القدرند، یکی سلامت و دیگری امان و امنیت». پیامبر اکرم (ص) مکرر صحت را به عنوان یک نعمت بزرگ گوشزد فرموده و می‌داند که از نظر اسلام کاری که سلامت انسان را به نحوی به خطر بیندازد حرام است» (۸).

### عوامل سلامت جسم

استاد مطهری در آثار خود به عوامل مؤثر در سلامت جسم پرداخته و در سخنرانی‌ها و نوشته‌هایش آن‌ها را بیان کرده است. از نظر وی: اخلاق، سلامت روان، تن‌پروری، قوی‌پروری و میانه‌روی در تغذیه، عوامل اثرگذار در سلامت جسم هستند که توضیح هر یک از آن‌ها به صورت جداگانه در ادامه مطرح می‌گردد.

### نقش اخلاق در سلامت جسم

پیراستگی از رذیلت‌ها و بدی‌های اخلاقی و آراستگی به فضیلت‌ها و خوبی‌های اخلاقی از عوامل اثرگذار در سلامت جسم هستند. شهید مطهری در کتاب «انسان و سرنوشت» نوشته است:

«به طور کلی گناه و طاعت، توبه و پرده‌داری، عدل و ظلم، نیکوکاری و بدکاری، دعا و نفرین و امثال این‌ها از اموری می‌باشند که در سرنوشت بشر از نظر عمر و سلامت و روزی مؤثر می‌باشند» (۹).  
شهید مطهری از امام علی (ع) درباره نقش تقوا در سلامت جسم نقل کرده است: «دَوَاءُ دَاءِ قُلُوبِكُمْ وَ شِفَاءُ مَرَضِ أَجْسَادِكُمْ» (۱۰): «دوای بیماری روحی و شفای امراض جسمانی شما است»، آن‌گاه در توضیح این روایت نوشته است: «معلوم است که ایمان، گرد و قرص و کپسول نیست. اثرش در سلامت جسم و جان وقتی فهمیده می‌شود که انسان بداند که آدم با ایمان، روحی مطمئن‌تر و اعصابی آرام‌تر و قلبی سالم‌تر دارد؛ دائماً در فکر نیست کجا را ببرد و کجا را بخورد. اگر دیگران به نوایی رسیدند از حسادت آتش نمی‌گیرد و حرص و بخل و طمع آتش به جانش نمی‌افکند. ناراحتی‌های عصبی او را به زخم معده و زخم روده مبتلا نمی‌سازد. افراط در شهوت او را ضعیف و ناتوان نمی‌کند، عمرش طولانی‌تر می‌شود (۱۱).

### نقش سلامت روان در سلامت جسم

بی‌شک از مهمترین عوامل مؤثر در سلامت و بیماری جسم، سلامت و بیماری روان است؛ در آموزه‌های دینی به این مهم اشاره شده است، برای نمونه نقل شده است: «مَنْ كَثُرَ هَمُّهُ سَقِمَ بَدَنُهُ» (۱۲): «آن‌که اندوهش فراوان گردد، بدنش بیمار شود». شهید مطهری به این موضوع اشاره داشته است: «امروز یکی از پدیده‌هایی که در جامعه ما وجود دارد، بیماری‌های روانی است. در جامعه امروز از طرفی برخی بیماری‌های جسمانی زیاد شده که در قدیم کمتر بوده است و از طرف دیگر بیماری‌های روانی افزایش یافته که قتل عام می‌کند و در میان بیماری‌های جسمانی هم -آن‌طور که می‌گویند- بیماری‌هایی است که ریشه‌اش عصبی است یعنی ریشه‌ای در اعصاب دارد، مثل زخم معده، زخم روده و زخم اثنی‌عشر. این بیماری‌ها را «بیماری‌های تمدن» نامیده‌اند، در واقع بیماری تمدن نیست، بیماری بی‌ایمانی‌هایی است که در دوره تمدن پیدا شده؛ آن بیماری‌ها از خلأ ایمانی پیدا شده است (۱۳).

### نقش تن‌پروری در کاهش سلامت جسم

از دیگر عوامل مؤثر در بیماری جسم، تن‌پروری است. این عامل، کاهنده سلامت جسم است؛ به این معنا که موجب کاهش سلامتی می‌شود. استاد مطهری ابتدا مقصود از تن‌پروری را تبیین می‌دارد: «تن‌پروری‌ای که بد است غیر از پرورش تن به معنی بهداشت است. آن تن‌پروری در واقع نفس‌پروری است که اغلب بر ضد بهداشت جسم و پرورش جسم می‌باشد. آن تن‌پروری که بد است معنی‌اش این است که انسان نفس‌پرور و شهوتران باشد؛ یعنی همیشه دنبال تمایلات نفسانی خود باشد». وی آن‌گاه در خصوص نقش تن‌پروری در بیماری جسم می‌گوید: «اگر انسان زیاد دنبال پرورش تن به معنی نفس‌پروری برود به جسمش زیان می‌رساند. آدم نفس‌پرور فقط درباره شکمش فکر می‌کند که لذت شکم را هرچه بیشتر ببرد، و شک ندارد که کسی که می‌خواهد جسمش را سالم نگه دارد نمی‌تواند این‌جور باشد، بلکه باید با شکم پرستی مبارزه کند. یک آدم تنبل و تن‌پرور دنبال لذت‌های دیگر است. شب تا صبح نمی‌خوابد برای اینکه در فلان مجلس عیش شرکت کند، پدر جسم و اعصاب خودش را در می‌آورد. این تن‌پروری به معنی نفس‌پروری است و بر ضد پرورش جسم به معنی بهداشت جسمی می‌باشد» (۱۴)

### نقش قوی‌پروری در سلامت جسم

شاید به نظر برسد که در مقابل تن‌پروری، قوی‌پروری باشد که موجب سلامت جسم است؛ برخلاف این تصور، شهید مطهری قوی‌پروری را در برابر ضعیف‌پروری قرار داده است؛ چرا که در تن‌پروری سخن از تبلی و پیروی از امیال و شهوات است که از روح و اراده انسان نشأت می‌گیرد ولی در قوی‌پروری ایجاد موقعیت‌های محیطی و فراهم آوردن زمینه‌های فیزیکی برای به دست آوردن سلامت جسم و غلبه بر بیماری‌های جسمی است. استاد مطهری می‌گوید: «باید از روش قوی‌پروری پیروی کنیم نه از روش ضعیف‌پروری، همان‌طور که پزشکان این‌جور چیزها را توصیه می‌کنند. بهداشت یک بچه را یک وقت کسی به این شکل حفظ می‌کند که همیشه

او را از محیط‌های آلوده دور نگه می‌دارد که نتیجه‌اش این است که اگر کوچک‌ترین آلودگی پیدا کند مثلاً میکروب کمی هم وارد بدن این بچه بشود او را از پا در می‌آورد؛ و یک وقت شما در عین این‌که او را در اختیار میکروب‌های پرخطر قرار نمی‌دهید ولی در عین حال طوری بچه را تربیت می‌کنید که یک حالت مصونیتی داشته باشد، یعنی همیشه بدنش را در حالت مبارزه نگه می‌دارید که تا حد زیادی بتواند در مقابل میکروب‌های مضر مقاوم باشد. تا میکروب مضر وجود نداشته باشد بدن مقاومی وجود پیدا نمی‌کند (۱۵).

### نقش میانه‌روی در تغذیه در سلامت جسم

از مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت جسم، پرهیز از پرخوری و میانه‌روی در تغذیه است. شهید مطهری در این خصوص می‌نویسد: «در سلامت بدن یک اصل هست که به منزله مبدأ و منشأ همه خوبی‌هاست و آن مسئله «حِمیه» یعنی ترک پرخوری است (۱۶). در روایات آمده ترک پرخوری اساس درمان معرفی شده است: «الْحِمِيَةُ رَأْسُ الدَّوَاءِ» (۱۷). نکته قابل توجه در کلام استاد مطهری این است که وی «حِمیه» را گرسنگی یا کم‌خوری معنا نکرده است و آن را ترک پرخوری بیان کرده‌اند که تبیین دقیقی به نظر می‌رسد و مراد، میانه‌روی در تغذیه است. مبتنی بر این اصل درمانی، استاد مطهری گزارشی از صدر اسلام نقل کرده و مطابق با آن، منشأ اغلب بیماری‌ها را پرخوری تبیین نموده است: «طبیعی وارد مدینه شد و دید مراجعه کننده ندارد، علت را پرسید، آیه «كُلُوا وَ اشْرَبُوا وَ لَا تُسْرِفُوا» (اعراف: ۳۱) را بر او خواندند. گفت: اساس بهداشت همین است. اکثریت امراض به واسطه انتقال میکروب از خارج نیست، به واسطه عفوناتی است که در معده پیدا می‌شود. این پزشکان که کار و کسبشان دایر است، مدیون پرخوری و شکم پرستی مردم‌اند» (۱۸)

### سلامت روان

روان‌شناسان، سلامت روان را به هفت ملاک: (۱) نبود بیماری، (۲)

رهایی از نگرانی و گناه، ۳) رفتار اجتماعی مناسب، ۴) خویشن‌پذیری و خودشکوفایی، ۵) کفایت فردی و خود مهارگری، ۶) توحید یافتگی و ساماندهی شخصیت، ۷) گشاده‌نگری و انعطاف‌پذیری، وابسته دانسته‌اند (۱۹). بنابراین سلامت روان شامل افزایش توانایی‌های افراد جامعه و قادرسازی آنان در دستیابی به اهداف مورد نظر هست که به همه مربوط است و نه فقط کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند (۲۰). لازم به ذکر است مفهوم سلامت روانی با سلامت روحی متفاوت هستند، چراکه روان و روح با یکدیگر تفاوت دارند. آنچه که در آثار شهید مطهری آمده است و در این بخش به بحث گذاشته می‌شود، در ارتباط با سلامت روان است، اگرچه در موارد فراوانی شهید مطهری با واژه روح از آن سخن به میان آورده است. شهید مطهری درباره اصل وجود بیماری روان در کنار بیماری جسم سخن گفته است: «ممکن است انسانی از نظر بدن و ساختمان مغز و اعصاب و قلب و کبد و غیره کاملاً سالم باشد ولی از نظر دیگر که مربوط به روح و روان است ناسالم و معیوب و آفت خورده باشد و یا بالعکس از لحاظ تن بیمار و از لحاظ روح کاملاً سالم باشد. علمای اخلاق طب را تقسیم به طب الجسم و طب الروح می‌کنند و صحت و مرض را همین‌طور به این دو دسته تقسیم می‌کنند و دوا و معالجه را هم بکلی با آنچه در طب جسد هست مغایر می‌دانند» (۱۸). همچنین استاد مطهری نوشته است: «گاهی بیماری جسمی از راه روانی معالجه می‌شود، همچنان که گاهی بیماری روانی از راه جسم معالجه می‌شود، مثلاً یک بیماری واقعاً جسمی است ولی با یک سلسله تلقین‌ها و تقویت‌های روحی که این هم خودش داستانی دارد و یک مسئله عجیبی است معالجه می‌شود. این مطلب جزء دلایل قاطع بر این است که واقعاً انسان موجودی است مرکب از تن و روان، و روان انسان از تن استقلال دارد و یک تابع مطلق از تن نیست، همچنان که تن تابع مطلق از روان نیست، این دو در یکدیگر اثر دارند. به قول حکما: «الْأَنْفُسُ وَالْبَدَنُ يَتَعَاكسانِ إِيْجاباً وَ اَعْداءاً»؛ بدن در روان اثر می‌گذارد و روان در بدن، و بدن کار مستقل از روان انجام می‌دهد و روان هم کار مستقل از تن انجام می‌دهد. این خودش دلیل بر این

است که دستگاه روانی انسان، خود یک دستگاه مستقل است» (۲۱). در آثار استاد شهید اگرچه تعریفی درباره سلامت روان وجود ندارد، اما بیماری روان تعریف گردیده و با توجه به تبیینی که از بیماری روان موجود است، می‌توان معنای سلامت روان را آن چیزی دانست که در مقابل بیماری روان قرار دارد. شهید مطهری در تبیین بیماری روان گفته است: «بیماری‌های روحی عبارت است از اختلالاتی که در احساسات یا ادراکات انسان واقع شود و نظم آن‌ها را بر هم می‌زند، مثل ترس‌های بی‌جا، یأس‌های بی‌جا، خجلت و کم‌رویی (خجلت را که ضعف نفس است نباید با حیا اشتباه کرد)، عصبانیت‌های بی‌جا، میل به انزوا و گوشه‌گیری، سوءظن و بدگمانی، وسواس، توهمات و تجسمات بی‌جا» (۱۸). شهید مطهری درباره منشأ سلامتی روانی یا بیماری روانی سه نظریه را مطرح کرده است: ۱) صحت و بیماری به جسم انسان محدود نمی‌شود؛ آنچه بشر نام آن‌ها را صحت یا بیماری روحی گذاشته است، قراردادهایی اجتماعی است که مصالح اجتماعی ایجاب کرده است چنین باشد. آنچه از نظر اجتماعی، مانند راستی، مصلحت است، سلامت نام گذاشته‌اند و نقطه مخالفش یعنی دروغ را بیماری نام نهاده‌اند، ۲) روان آدمی خود ساز و کار منظم و مستقلاً از جسم دارد که اگر به طور طبیعی طی شود روح سالم است و اگر به طور غیر طبیعی طی شود به انحراف دچار می‌شود و تعادل روانی را بهم می‌زند؛ برای مثال، محبت به دیگران لازمه سلامت روان است و حسد و کینه از نوعی اختلال در روان پدیدار می‌شود و از طریق روانی هم باید معالجه شود و توصیه اخلاقی مفید نیست، مانند امر و نهی درباره مسائل جسمی است که بی‌اثر است. به فرد تبادار، گفتن تب نداشته باش بی‌معنا است، همچنین به آدم حسود گفتن اینکه حسود نباش بی‌معنا است، ۳) انسان نوعی بیماری دارد غیر از ناحیه‌ای که روانشناسی می‌شناسد. آنچه روانشناسی می‌شناسد به غرایز ساده انسان مرتبط است، به ویژه غریزه جنسی و غریزه احترام ذات و ساز و کار آن‌ها، ولی نوعی بیماری در انسان وجود دارد که آن‌ها را باید بیماری انسانی نامید و به انسان‌شناسی، مذهب و حس

و آزرده‌گی روان، جسم سالم را بیمار خواهد کرد: «مَنْ كَثُرَ هَمُّهُ سَقِمَ بَدَنُهُ» (۱۲): «آن‌که اندوهش فراوان گردد، بدنش بیمار شود». این روایت به روشنی بر تأثیر سلامت روان در سلامت جسم دلالت می‌دهد. شهید مطهری در اهمیت سلامت روان و برتری آن نسبت به سلامت جسم نوشته است: «روح سالم، شرط استفاده از مواهب زندگی است و دین، شرط روح سالم است. انسان همان‌طوری که احتیاج دارد به سلامت بدن، احتیاج دارد به سلامت روح، وسایل تمدن از وسایل روشنائی، حمل و نقل، ساختمان، مخابرات، پوشش، خوراکی و غیره مفید است به شرط اینکه انسان روانی سالم و معتدل داشته باشد، روحی راضی و مطمئن و امیدوار و شاداب داشته باشد، و آلا در حکم معده مریضی است که غذاهای رنگارنگ دارد ولی رغبتی در خود احساس نمی‌کند» (۱۸). از آن‌جا که سلامت روان از سلامت جسم مهم‌تر است، بهداشت روان و درمان آن نیز، پیچیده‌تر و دشوارتر از بهداشت و درمان جسم خواهد بود، همان‌طور که استاد شهید از آن سخن گفته است: «بهداشت و معالجه روح مردم مشکل‌تر و پریچ و خم‌تر است از معالجه بدن آن‌ها» (۲۲). به باور وی باید از دوران نوزادی به این موضوع مهم توجه داشت: «طفل در دوران شیرخوارگی و قبل از یک ساله شدن هم آماده نقش‌پذیری و شکل‌پذیری و آماده برخی بیماری‌های روانی است و لازم است بهداشت روانی او رعایت شود» (۱۸).

### عوامل سلامت روان

در سلامت روان، عوامل متعددی اثرگذار هستند، در آثار شهید مطهری به برخی از آن‌ها پرداخته شده است. وی در یادداشت‌های خود، اموری مانند: عبادت، کار، استراحت و لذت را نام برده است: «چند چیز است که در تعدیل حالت روحی و جلوگیری از برخی بیماری‌های روحی مؤثر است؛ از قبیل: عبادت، کار، استراحت و لذت. در حدیث است که لازم است انسان وقت خود را به این سه تقسیم کند (۱۸). طبق بررسی صورت گرفته در مجموعه آثار و یادداشت‌های استاد مطهری؛ ایمان، اخلاق، عبادت و کار، عوامل مؤثر در سلامت روان هستند.

پرستندگی مربوط است که در انسان برخلاف حیوان است (۱۸). استاد مطهری پس از طرح این دیدگاه‌ها، آن‌ها را راستی‌آزمایی نکرده است ولی روشن است که نظریه اول و دوم صحیح نیستند و منشأ مادی و انسان‌محور دارند و بر پایه اصالت جسم و نادیده‌انگاری روح الهی انسان استوار هستند. استاد شهید در دیگر آثارش این دو دیدگاه را نقد کرده و نوشته است: «انسان دو چیز دارد: شخصی دارد و شخصیتی، تنی دارد و روحی، جسمی دارد و روانی. حساب روان از حساب جسم جداست. بنا بر نظر کسانی که منکر اصالت روح هستند و تمام خواص روحی را اثر مستقیم و بلا واسطه سلسله اعصاب انسان می‌دانند، اساساً روان حکمی ندارد، همه چیز تابع جسم است. اگر روان بیمار باشد، حتماً جسم بیمار شده که روان بیمار است و بیماری روانی همان بیماری جسمی است. امروز بیشتر این مطلب ثابت شده است که ممکن است انسان از نظر جسم، از نظر تعداد گلبول‌های سفید و قرمز خون، ویتامین‌ها و از نظر متابولیسم بدن و حتی از نظر اعصاب، سالم سالم باشد و در عین حال از نظر روانی بیمار باشد» (۲۱). استاد شهید، دیدگاه سوم را -که دیدگاه صحیح است- بیان و اثبات کرده است: «علمای اخلاق قدیم تشبیهاً و مجازاً رذایل اخلاقی از قبیل تکبر و حسد و بخل و جبن و شره و جاه‌طلبی را بیماری روحی، و علمای اخلاق را طبیبان روحی می‌خواندند. امروز ثابت شده که این رذائل واقعاً بیماری روحی است؛ یعنی ناشی از اختلالی در احساسات و ادراکات است و لهذا بد اخلاقی، مفهوم خود را عوض کرده به بیماری روحی، و نیز باید علل خاص این اختلالات را به دست آورد» (۱۸).

### اهمیت سلامت روان

بی‌گمان سلامت روان نسبت به سلامت جسم اهمیت دو چندانی دارد و سلامت روان، سرچشمه سلامت جسم و بیماری روان، سرچشمه بیماری‌های جسمی است؛ چنان‌که در بخش سلامت جسم از آن، سخن به میان آمد. در روایات نیز آمده است که پریشانی خاطر

### نقش ایمان در سلامت روان

اثرگذارترین عامل در سلامت روان، ایمان است. شهید مطهری از این مهم در آثار مختلفش بحث کرده است. وی در نوبتی از اهمیت و نقش آن در پیشگیری بیماری روان سخن گفته است: «سلامت تن و سلامت روح بستگی زیادی دارد به ایمان. موضوع افزایش بیمارانی که بیمارستان‌ها را پر کرده‌اند و دائماً رو به افزایش است، یکی از مسائل اجتماعی روز به شمار می‌رود. آمار نشان می‌دهد که این بیماری‌ها همه یا بیشتر آن‌ها در میان طبقه‌ای است که از موهبت ایمان به خدا و اعتقاد خالص به مبدأ متعال بی‌بهره‌اند. منشأ این بیماری‌های روانی احساس محرومیت‌ها و مغبنیت‌های اجتماعی است. ایمان حکم داروی پیشگیری را دارد. البته مقصود این نیست که لازمه ایمان این است که باید به همه محرومیت‌ها تن داد و تسلیم شد؛ مقصود این است که با وجود ایمان، محرومیت‌ها انسان را از پا در نمی‌آورد، تعادل او را محفوظ نگه می‌دارد (۱۱).

شهید مطهری در یادداشت‌های خود از نقش ایمان در سلامت روان سخن به میان آورده و نوشته است: «مردم با ایمان در اثر ایمان و عقیده و تاب تحمل بیشتر برای کشیدن بار زندگی، کمتر صدمات روحی و ضربه‌های روانی و عصبی در آن‌ها اثر می‌گذارد. در تمدن جدید نمی‌توان گفت ناملایمات بیشتر است، ولی به حکم این‌که ایمان‌ها ضعیف‌تر است تحمل ناملایمات کمتر است در دین خاصیت تصفیه وجود دارد؛ غم‌ها را تصفیه می‌کند و به دور می‌ریزد، شادمانی‌ها را جذب و حفظ می‌کند. اثر سرمایه دین معمولاً طولی است، یعنی موجب به وجود آمدن یا استحکام سایر سرمایه‌هاست» (۱۸).

استاد مطهری در نوشتاری دیگر، نقش ایمان در سلامت روان را به سخنان روان‌پزشکان مادی چون فروید و آمارها مستند می‌کند: «این مطلب را حتی روان‌پزشک‌های مادی و منکر خدا مثل فروید قبول دارند. آمار نشان می‌دهد در هر جا که ایمان به خدا وجود دارد، به حکم وحدت و هماهنگی و همسازی‌ای که همان ایمان به خدا به روان انسان می‌دهد روان‌ها سالم‌ترند و در هر جامعه‌ای در هر حدی که ایمان به خدا وجود ندارد بیماری روانی بیشتر است» (۱۳).

اولین اصل از اصول اعتقادی و باورهای دینی که همه معارف و قوانین اسلامی بر آن استوار است، اصل «توحید» است که یکی از کارکردهای آن در زندگی انسان، تأمین سلامت روان است، استاد شهید، آیه «ضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا رَجُلًا فِيهِ شُرَكَاءُ مُتَشَاكِسُونَ وَ رَجُلًا سَلَمًا لِرَجُلٍ هَلْ يَسْتَوِيَانِ مَثَلًا الْحَمْدُ لِلَّهِ بَلْ أَكْثَرُهُمْ لَا يَعْلَمُونَ»<sup>۱</sup> (زمر: ۲۹) را با توحید عملی و روح و روان انسان مرتبط دانسته (۱۳) و نوشته است: «اولین اثر توحید و خدا در زندگی انسان یک اثر روان‌شناسی و علم‌النفسی و یک اثر اخلاقی است، یک سلامت روانی است که قرآن در این آیه از جنبه وحدت روان و هماهنگی اجزاء روانی مورد مطالعه قرار داده است. خدا در زندگی انسان مساوی است با وحدت روانی انسان، هماهنگی روانی انسان، نجات یافتن انسان از تکه‌تکه شدن روحش، از چند شریک و مالک پیدا کردن روحش» (۱۳).

### نقش اخلاق در سلامت روان

از دیگر عوامل مؤثر در سلامت روان که با سلوک معنوی انسان ارتباط دارد، آراستگی به فضائل اخلاقی و پیراستگی از رذائل اخلاقی است. شهید مطهری درباره نقش اخلاق در سلامت روان سخنی بنیادین دارد. به باور وی نقش اساسی اخلاق، تأمین سلامت روان است: «اساس اخلاق سلامت روان است. سلامت روان مثل سلامت بدن ربطی به حسن و قبح ندارد. روان باید سلامتی داشته باشد، همان‌طور که بدن احتیاج به ورزش و تقویت دارد، روان انسان هم احتیاج به تقویت و ورزش دارد؛ یعنی انسان می‌تواند با برخی اعمال حتی فکر خودش را تربیت کند» (۴).

استاد شهید ارتباط اخلاق و سلامت روان را تا آن‌جا اثرگذار دانسته که اغلب رذائل اخلاقی را زمینه‌ساز بیماری روانی بیان کرده است: «بسیاری از چیزهایی که فساد اخلاق شمرده می‌شود، بیماری روانی است؛ یعنی از نظر علم، آن‌ها را بیماری می‌شمارند»

۱ - «خدا مَثَلی زده است: مردی است که چند خواجه ناسازگار در [مالکیت] او شرکت دارند [و هر یک او را به کاری می‌گذارند] و مردی است که تنها فرمانبر یک مرد است. آیا این دو در مَثَل یکسانند؟ سپاس خدای را. [نه،] بلکه بیشترشان نمی‌دانند»

خالی است. زیارت‌ها، احسان‌ها، ذکرها، یا رب‌ها، یا الله‌ها، «یا مَنْ تُحَلِّ بِهٖ عَقْدَ الْمَكَارِهِ»ها فوق‌العاده مفید و مؤثر است» (۱۸). شهید مطهری نیاز به پرستش را در عصر کنونی عامل درمان اضطراب‌ها و بیماری‌های روانی بیان می‌دارد: «عصر ما احتیاج دارد به موجبات آسایش روحی و فرار از موجبات اضطراب، خصوصاً اگر چیزی باشد که به اعصاب طبعاً آرامش ببخشد، نظیر موعظه بلیغی که می‌شنود و از همین قبیل است توجه و تذکر خدا و خلوت قلبی با او» (۱۸).

### نقش کار در سلامت روان

اشتغال به کار از دیگر عواملی است که استاد مطهری از نقش آن در سلامت روان گفته است: «بهداشت روانی انسان به کار بستگی دارد و انسان بیکار، خود به خود بیمار می‌شود» (۱۴). البته کار در سلامت جسم نیز مؤثر است و استاد شهید بدان اشاره داشته است: «کار به بدن سلامت و نیرو می‌بخشد. سلامت بزرگ‌ترین نعمت‌هاست و به سبب سلامتی است که انسان می‌تواند از لذت و سعادت برخوردار گردد» (۲۳).

### بحث

اسلام، آیینی جامع است و به تمام ابعاد زندگی انسان توجه داشته است. برخلاف تصور نادرست برخی افراد -که اسلام را تنها آیینی آخرت‌گرا و بی توجه به دنیا می‌دانند- بسیاری از برنامه‌های اسلام برای تأمین سعادت دنیای انسان است؛ زیرا دنیای پاکیزه و گوارا وسیله رسیدن به سعادت جاودان آخرت است، از این روی بسیاری از قوانین و دستورالعمل‌های آن برای فراهم کردن دنیایی پاکیزه است. از مهمترین اهداف این برنامه‌ها زمینه‌سازی جهت دستیابی به سلامت جسم و روان انسان است. این مسئله به رغم اهمیت آن کمتر مورد پژوهش و تبیین از منظر آموزه‌های اسلامی قرار گرفته است. در عصر حاضر، یکی از متفکران نواندیش که به صورتی شایسته به تبیین آن پرداخته است، شهید مطهری هست که در آثار گوناگون خود از ابعاد مختلف آن با تکیه بر آموزه‌های دینی سخن گفته است.

(۴)، برای نمونه تعصب را نوعی بیماری می‌داند که ضد معنویت و ضد سلامت روح و روان است (۱۸)، در موردی دیگر بی‌نظمی را موجب بیماری روان یاد کرده است: «یکی از بیماری‌های مهم روانی، وقت نشناختن و کار امروز به فردا افکندن است. باید این عادت را در روح طفل ایجاد کرد که وظیفه را در وقت خود انجام دهد و بچه تکلیف شب را در موقع خود انجام دهد. عادت به نظم از بهترین عادات است و موجب برکت وقت انسان می‌شود» (۱۸). شهید مطهری انسان‌هایی را که آراسته به فضائل اخلاقی هستند، برخوردار از سلامت روان و در مقابل گناه‌کاران را بیماران روان بیان کرده است: «کسانی که تمام قوا و غرایز خود را کامیاب کرده‌اند، آن‌ها سالم ترند و مسلماً عباد و عرفا از سلامت روانی بهره مندترند. گناهکاران واقعاً بیمار روحی‌اند به اصطلاح روان‌شناسی، نه تنها به اصطلاح شرعی که جنبه قراردادی داشته باشد» (۱۸).

### نقش عبادت در سلامت روان

از دیگر عوامل مؤثر در سلامت روان، به جای آوردن عبادات (نماز، روزه و ...) است. استاد مطهری نقش عبادات را در سلامت روان چنین تبیین کرده است: «عبادت از جنبه فردی آرامش روحی می‌دهد، سلامت روانی می‌بخشد، لذت روحی می‌دهد، آزادی می‌دهد که به ذکر، دل‌ها آرامش می‌یابد؛ به انسان در سه جبهه طبیعت، اجتماع، نفس نیرو می‌دهد» (۱۸). شهید مطهری در خصوص تأثیر عبادات در پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی نوشته است: «عبادات آسایشگاه‌های روحی می‌باشند. عبادات در جلوگیری و رفع بیماری‌های ناشی از اندوه زیاد که منجر به توهمات و تجسمات بی‌جا می‌شود و همچنین در جلوگیری و رفع بیماری‌های ناشی از اختلال در احساسات که منشأ آن‌ها محرومیت و عقده باشد، زیاد مؤثر است: «اِسْتَعِيْنُوا بِالصَّبْرِ وَ الصَّلَاةِ» (بقره: ۱۵۳) (۱۸). همچنین نوشته است: «تجربه نشان داده است که افراد سرگرم و دلخوش به عبادت که سحرها به عبادت و مناجات می‌پردازند روحشان از بار عقده‌ها

### نتیجه گیری

بررسی آثار گوناگون استاد مطهری نشان می‌دهد که در آموزه‌های دینی به سلامت جسم و روان انسان توجه شایانی شده است و استاد شهید برخی از ابعاد آن را بیان کرده است. وی سلامتی را عدم بیماری و وجود تعادل در بدن تعریف کرده است که مطابق با تعریف سلامتی در طب سنتی است. مطهری سلامتی را به جسم و بدن محدود ندانسته و در دو بُعد جسمی و روحی از آن سخن گفته است. در خصوص اهمیت سلامتی در اسلام، مبنای احکام پنج‌گانه را در خوراکی‌ها، آشامیدنی‌ها بر اساس سود و زیان آن‌ها برای بدن انسان بیان کرده و بر پایه آموزه‌های اسلامی رعایت بهداشت را از نظر اسلام واجب دانسته است و فرهنگ توسعه طب و بهداشت و ایجاد بیمارستان‌ها را در تمدن اسلامی یادآور شده است. استاد مطهری، به عواملی که در سلامت جسم نقش ایفا می‌کنند، پرداخته است؛ از نظر وی: اخلاق، سلامت روان، تن‌پروری، قوی‌پروری و میانه‌روی در تغذیه، عوامل مؤثر در سلامت جسم هستند. استاد شهید، اموری مانند: ترس‌ها و یأس‌های بی‌جا، خجلت و کم‌رویی،

عصبانیت‌های بی‌جا، میل به انزوا و گوشه‌گیری، سوءظن و بدگمانی، وسواس، توهم‌های بی‌جا را بیماری‌های روحی و اختلالاتی که در احساسات یا ادراکات انسان واقع شود و نظم آن‌ها را بر هم می‌زند، بیان کرده است. شهید مطهری رفتارهایی چون: عبادت، کار، استراحت و لذت را عوامل سلامت روان نام برده است و از نقش: ایمان، اخلاق، عبادت و کار در سلامت روان بحث کرده است. **حمایت مالی:** این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی به‌انجام رسیده است. **ملاحظات اخلاقی:** نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش به دلیل استفاده از متون، موردی مرتبط با ملاحظات اخلاقی وجود نداشته و کلیه منابع در مقاله مستند شده‌اند. **تضاد منافع:** نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافی در این تحقیق وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، معاونت پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد، داوران مقاله و کلیه افرادی که در تدوین و اصلاح مقاله همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

1. Motahari M. Introduction to the Qur'an. Qom: Sadra; 2010. [Persian]
2. Rahmani F. The Role and Impact of Pray on Human Physical and Mental Health in Islam and Christianity. Master Thesis. Islamic Azad University. Central Tehran Branch; 2114. [Persian]
3. Hosseinzadeh K. The necessity of reviewing the concept of health and its dimensions from the perspective of Islam. Journal of Research in Religion and Health. 2017; 3 (2): 1-7. [Persian]
4. Motahari M. Islam and the Needs of the Time. Qom: Sadra; 2010. [Persian]
5. Motahari M. Collection of Works. Qom: Sadra Publications; 1993. [Persian]
6. Motahari M. Avoiding Faith and Action. Qom: Sadra; 2011. [Persian]
7. Qutb al-Din Rawandi S. Al-Da'awat (Invitations). Qom: Publications of the School of Imam Mahdi; 1885. [Persian]
8. Motahari M. Nature and Upbringing. Qom: Sadra; 2119. [Persian]
9. Motahari M. Man and Destiny. Qom: Sadra; 2010. [Persian]
10. Seyyed Radhi M. Nahj al-Balaghah. Explanation: Subhi Salih, Investigator: Fayd al-Islam. Qom: Hegrat; 1992. [Persian]
11. Motahari M. Twenty Speeches. Qom: Sadra; 2010. [Persian]
12. Ibn Shu'ba al-Harrani H. Tuhaf al-'Uqoul. Qom: Qom: Islamic Publishing Office; 1983. [Persian]
13. Motahari M. God in Human Life. Qom: Sadra; 2114. [Persian]
14. Motahari M. Education and Upbringing in Islam. Qom: Sadra; 2111. [Persian]
15. Motahari M. Islamic War (Jihad) and Freedom of Belief. Qom: Sadra; 2115. [Persian]
16. Motahari M. Spiritual Freedom. Qom: Sadra; 2111. [Persian]
17. Majlesi MB. Bihar Al-'Anwar. Beirut: Dar 'Hya' Al-Turath Al-'Arabi; 1982. [Persian]
18. Motahari M. Master Motahari's Notes. Qom: Sadra; 2114. [Persian]
19. Marzband R, Zakavi A, Hosseini K. The role of trust in mental health with emphasis on Qur'anic teachings. Journal of Religion and Health. 2015; 3 (1): 73-82. [Persian]
20. Ahmadi S. A Study of the Impact of Religious Teachings on Providing Human Mental Health. Master Thesis. Tabriz University. Faculty of Theology and Islamic Sciences; 2018. [Persian]
21. Motahari M. Perfect Man. Qom: Sadra; 2111. [Persian]
22. Motahari M. Ten Speeches. Qom: Sadra; 2111. [Persian]
23. Motahari M. Wisdoms and Advices. Qom: Sadra; 2110. [Persian]

## Examining Physical and Mental Health in Religious Teachings from the Perspective of Martyr Motahari

Rasul Mohammad Jafari\*<sup>1</sup>, Mahdia Heydari Nesab<sup>2</sup>

### Abstract

**Background and objective:** Shahid Motahari is one of the most prominent contemporary scientists. His works are a valuable collection in which various Islamic sciences, such as jurisprudence, principles, philosophy, ethics, history and sociology, have been carefully and deeply studied and researched. One of the wide-ranging topics in his works is the issue of health. Considering the importance of the topic, the aim of the current research is to examine the physical and mental health in religious teachings from the perspective of Shahid Motahari.

**Methods and Materials:** This research was carried out with a descriptive analytical method of the type of conceptual and documentary analysis, using the collection of works and notes of Shahid Motahari and referring to verses and narrations. From the research community, the samples have been purposefully written in the note sheet according to the purpose of the research, then the note sheet is placed in the research table and then explained.

**Results:** The findings of the research indicated that Professor Motahari defined health as the absence of disease and the presence of balance in the body, which is in accordance with the definition of health in traditional medicine. He does not consider health limited to the body. In this research, topics related to physical and mental health in the works of Shahid Motahari have been extracted and explained.

**Conclusion:** According to Martyr Motahari, the basis of the five commandments in matters such as food and beverages is based on their benefit and harm to the human body, and based on Islamic teachings, health care is obligatory from the point of view of Islam. Also, from his point of view, ethics, mental health, strong upbringing and giving up overeating are effective factors in physical health, and faith, ethics, worship and work are effective factors in mental health.

**Keywords:** Shahid Motahari, Physical Health, Mental Health, Religious Teachings

1\*. Corresponding author. Associate Prof of Quran and Hadith Sciences, Department of Quran and Hadith Sciences, Faculty of Humanities, Shahed University, Iran.

r.mjafari@shahed.ac.ir

2. MSc. Student of Quran and Hadith Sciences, Department of Quran and Hadith Sciences, Faculty of Humanities, Shahed University, Iran. mahdihheydari777@gmail.com

## تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی: یک مطالعه کیفی

فاطمه حسن شیرینی<sup>۱</sup>، محسن کریمی<sup>۲\*</sup>، امیراحمد شجاعی<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** تنش اخلاقی از جمله مسائل گریبانگیر کادر درمان است. تنش اخلاقی به معنی ناتوانی فرد در عمل براساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای به دلایل فشارهای درونی و بیرونی است. متخصصین مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با شرایط چالش‌برانگیزی مواجه شوند که از نظر اخلاقی در مورد درست یا غلط بودن تصمیمات یا اقدامات درمانی تردید داشته باشند؛ درحالی‌که در برابر تغییر شرایطی که آن را غیراخلاقی می‌پندارند، احساس ناتوانی کنند. امروزه تنش اخلاقی به عنوان یکی از علل اصلی سندرم فرسودگی شغلی درمیان کادر درمان شناخته می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی تنش‌های اخلاقی کادر درمان بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد.

**روش بررسی:** مطالعه به صورت کیفی به روش تحلیل محتوا از طریق مصاحبه‌های حضوری نیمه ساختارمند با مشارکت پزشکان، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد. مصاحبه‌ها در نرم‌افزار ورد پیاده‌سازی، کدگذاری و دسته‌بندی گردید. سپس کدهای مشابه در طبقات و زیرطبقات مشابه قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۲۳ مصاحبه انجام و ۱۸ زیرطبقه، ۷ طبقه و ۳ درون‌مایه چالش‌های مراقبتی، تنش‌های ارتباطی تیم درمان و چالش‌های آموزشی شکل گرفت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج از وجود چالش‌های مختلف و تنش‌های اخلاقی حکایت می‌کرد که نتایج آن بیمار و کادر درمانی را تحت تاثیر قرار داده و موجب دیسترس، ناامیدی و عدم رضایت می‌شد. مدیریت این چالش‌ها نیاز به تدابیر جدی در تعیین مقررات سیستم درمانی، وظایف شغلی و اصلاح روابط بین فردی را مطرح نمود. شناخت تنش‌های اخلاقی در سیستم مراقبتی و درمانی می‌تواند در برنامه‌ریزی و اصلاح ساختار مدیریتی، ارتباطی و در نهایت بهبود کیفیت خدمات و پیامدهای بیماران کمک موثری باشد.

**کلمات کلیدی:** تنش اخلاقی، ارتوپدی، کادر درمانی، مطالعه کیفی

۱. استادیار گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران hasanshiri7@gmail.com

۲. نویسنده مسئول. دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران karimiiimohsen@gmail.com

۳. مرکز تحقیقات اخلاقی و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

استادیار گروه اخلاقی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران a\_shojaei@sina.tums.ac.ir Dramirahmadsh@yahoo.com

## مقدمه

اخلاق جزء جدایی ناپذیر از حرفه‌ی پزشکی به شمار می‌آید. کادر درمانی هر روزه در محیط کاری خود دست به تصمیم‌گیری‌های زیادی می‌زنند، اما در عمل همیشه نمی‌توانند بر اساس تعهدات اخلاقی خود عمل کنند (۱). با وجود افزایش نیاز به قضاوت از نظر اخلاقی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اغلب فقدان این جنبه در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خدمات سلامت حس می‌شود و سیاست‌های استاندارد برای هدایت و همچنین آموزش مدون اخلاق و ساختارهایی برای حمایت اخلاقی پرسنل که در موقعیت تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند، وجود ندارد. به این ترتیب، این مسئله عجیب نیست که بسیاری از حرفه‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت از اختلالات مرتبط با استرس رنج می‌برند؛ ضمن آنکه تغییر سیاست‌ها در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، استرس‌ورهای جدیدی را به حرفه‌های پزشکی تحمیل می‌نماید (۲). بر اساس مطالعات اخیر، دوراهی‌های اخلاقی می‌توانند منجر به اختلالات مرتبط با استرس در میان کادر درمان شوند (۳-۵). تجربه‌ی نامطلوبی تحت عنوان تنش اخلاقی، از مسائل عمده‌ای است که کادر درمانی در موقعیت‌های مختلف می‌توانند در معرض آن قرار گیرند (۱). تنش مرتبط با دوراهی‌های اخلاقی اغلب با عنوان تنش اخلاقی یاد می‌شود (۶). تنش اخلاقی<sup>۱</sup> به معنی ناتوانی فرد در عمل بر اساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای به دلایل و فشارهای درونی و بیرونی است. به عبارت دیگر، به شرایطی اشاره می‌کند که در آن‌ها فرد می‌داند عمل اخلاقی صحیح چیست و به آن باور نیز دارد؛ اما قادر نیست مطابق با آن رفتار کند (۷). همه متخصصین مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با شرایط چالش‌برانگیزی مواجه شوند که از نظر اخلاقی در مورد درست یا غلط بودن تصمیمات، درمان‌ها و یا اقدامات درمانی تردید داشته باشند؛ در حالیکه در برابر تغییر شرایطی که آن را غیر اخلاقی می‌پندارند، احساس ناتوانی کنند. امروزه تنش اخلاقی به عنوان یکی از علل اصلی

سندرم فرسودگی شغلی<sup>۲</sup> در میان کادر درمان شناخته می‌شود (۶). تنش اخلاقی منجر به خشم، ناامیدی، احساس گناه و و نتایج منفی احساسی در پزشکان و کادر درمانی در هنگام عدم التزام به استانداردهای اخلاقی حین درمان بالینی می‌شود (۹). مطالعات تجربی نشان‌دهنده‌ی شیوع و سطح بالای تنش اخلاقی در حرفه‌های مرتبط با پزشکی می‌باشند (۱۱، ۱۰). هرچند شباهت‌هایی بین تنش‌های اخلاقی در تمام حیطه‌های پزشکی وجود دارد ولی هر تخصص پزشکی شرایط خاص خود را دارا بوده و می‌تواند معضلات اخلاقی متفاوتی داشته باشد (۱۲). در میان تخصص‌های مختلف پزشکی می‌توان به رشته‌ی ارتوپدی اشاره کرد که تنش‌ها و استرس‌های فراوانی را برای درمانگران به همراه دارد. جراحان ارتوپد با تنش‌های اخلاقی منحصر به فردی از جمله استفاده از تکنولوژی، ایمپلنت‌های جدید، نوآوری‌های مکانیکی و نیز تعارضات مربوط به مراقبت درمانی از ورزشکاران در سطوح مختلف مواجه هستند. پرستاران این بخش‌ها نیز در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که باید پاسخگوی سوالات و نیازهای بیماران از جمله طولانی‌شدن مدت بستری بیماران، عقب افتادن زمان جراحی و مسائل متعدد مرتبط با درمان باشند که آنها را در معرض تنش قرار می‌دهد. از این رو واکاوی چالش‌های موجود در این بخش‌ها ضرورت دارد تا درمانگران حیطه‌ی ارتوپدی بتوانند با شناخت و حل کردن آن به نحو صحیح، در محیطی آرام و حرفه‌ای به فعالیت بپردازند و در مواجهه با مسایل اخلاقی، حرفه‌ای‌تر عمل کنند. از آنجا که بررسی متون موجود نشان داد تنش‌ها و معضلات اخلاقی در حیطه‌ی ارتوپدی کمتر مورد تحقیق قرار گرفته است؛ بر آن شدیم که تنش‌های اخلاقی پزشکان، پرستاران و دستیاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی؛ که یکی از بزرگترین مراکز درمانی کشور است؛ را مورد بررسی قرار دهیم تا با شناسایی چالش‌های موجود بتوانیم جهت کاهش معضلات موجود و رفع تنش‌ها اقدام کرده و با ایجاد محیطی آرام و حرفه‌ای گامی

داده‌های کیفی را منظم می‌کند. این پروسه شامل کددهی آزاد، ساخت گروه‌ها و خلاصه‌سازی است. کددهی آزاد به معنی نوشتن عناوین و نوت‌ها در متن در هنگام خواندن آن‌ها می‌باشد. موارد نوشته شده مجدداً خوانده شده و در گروه‌های مشابه قرار می‌گیرند (۱۶، ۱۷). بعد از کددهی آزاد؛ کدهای مشابه در گروه‌های جداگانه قرار می‌گیرند (۱۸-۱۶). هدف از ساخت گروه‌ها تنها کنار هم آوردن مشاهدات مشابه یا مربوط نمی‌باشد بلکه داده‌هایی که به یک گروه تعلق دارند می‌توانند به منظور مقایسه داده‌ها و مشاهداتی که به آن گروه تعلق ندارند استفاده شود (۱۹). همچنین هدف از ساخت گروه‌ها فراهم کردن وسیله‌ای به منظور توصیف پدیده، افزایش درک و تولید دانش می‌باشد (۲۰-۲۲). زیر گروه‌ها با رویدادهای مشابه در کنار هم به عنوان یک گروه نامیده می‌شوند و گروه‌ها در کنار هم گروه اصلی را شکل می‌دهند (۲۰، ۱۹). در این مطالعه در مجموع تعداد ۲۳ مصاحبه تا رسیدن به اشباع داده‌ها صورت پذیرفت. بعد از طبقه‌بندی و نام‌گذاری، درون مایه‌های اصلی که اطلاعات مرتبط با تنش‌های اخلاقی را در خود داشتند به دست آمد. مدیریت داده‌ها در کدگذاری متون مصاحبه‌ها به صورت دستی و با دقت فراوان انجام گرفت. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، پژوهشگر از زمان کافی برای غوطه ور شدن در داده‌ها، موضوع مطالعه و تعامل با مشارکت‌کنندگان استفاده کرد. داده‌های بدست آمده از مصاحبه، پس از پیاده شدن و کدگذاری، توسط همکار طرح مورد بررسی و بازبینی قرار گرفتند. در راستای تامین قابلیت اعتماد داده‌ها، از یک ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی جهت بررسی داده‌ها استفاده شد که در مورد فرآیند کار و یافته‌ها توافق وجود داشت. به منظور بالا بردن قابلیت تائیدپذیری<sup>۲</sup>؛ مراحل پژوهش و روش‌شناسی آن به طور مبسوط شرح داده شده است تا در صورت نیاز امکان پیگیری پژوهش برای دیگران فراهم آید. همچنین مستندات مربوط به پژوهش (داده‌های خام: متن پیاده شده مصاحبه‌ها و...) به صورت

در جهت ارتقا درمان و مراقبت از بیماران در این بخش‌ها برداریم.

## روش بررسی

این مطالعه به صورت کیفی به منظور بررسی تنش‌های اخلاقی بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل پزشکان، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی بودند. ابتدا شناسایی افراد واجد اطلاعات کلیدی؛ توسط پرس و جو در بخش و بررسی تخصص‌ها و سوابق کاری انجام گرفت و سپس نامه‌ای برای افراد منتخب ایمیل شد. ایمیل حاوی فرم رضایت آگاهانه و سوالات مصاحبه و توضیحات ضروری بود. در مورد زمان انجام مصاحبه نیز با مشارکت‌کنندگان توافق شد و مصاحبه‌ها در محل کار کادر درمان یا در گروه اخلاقی پزشکی دانشکده پزشکی به صورت خصوصی انجام گرفت. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختارمند اجرا گردید به این ترتیب که اهدافی برای پوشش موضوع انتخاب شد و سوالات راهنمایی طراحی گردید. سوالات راهنما این موارد را شامل شد: «آیا تنش اخلاقی را می‌شناسید؟ آیا با عواقب و اثرات تنش‌های اخلاقی آشنایی دارید؟ آیا تجربه مواجهه با تنش‌های اخلاقی را دارید؟ در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد بیماران رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد همراهان رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد همکاران رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد دانشجویان رو به رو هستید؟». پاسخ‌های دریافتی جهت هدایت مصاحبه استفاده و سوالات بعدی را تعیین می‌نمود. این نوع مصاحبه شیوه پرکاربرد است و مطالعات زیادی استفاده از آن را در شرایط مختلف مورد ارزیابی قرار داده و نشان داده‌اند که روشی کارآمد برای اجرای مطالعات می‌باشد (۱۵-۱۳). بعد از انجام هر مصاحبه، فایل صوتی ضبط شده به دقت گوش داده و سپس در نرم افزار ورد پیاده و به صورت داده‌های متنی درآمد و در دسته‌ها و طبقات مشابه قرار گرفت. در این مطالعه تحلیل محتوا با روش استقرایی انجام شد. در این نوع تحلیل محتوا پژوهشگر در ابتدا

- 1 Credibility
- 2 Conformability

مطمئنی نگهداری و ذخیره شدند. جهت کسب معیار قابلیت انتقال<sup>۱</sup>، داده‌های توصیفی کافی در گزارش تحقیق آورده شد تا قضاوت در مورد قابلیت انتقال برای خوانندگان به خوبی صورت پذیرد (۲۲). پژوهش حاضر در قالب پایان نامه دوره پزشکی در تاریخ ۱۳۹۹/۰۴/۱۰ با تصویب شورای پژوهشی دانشکده پزشکی تهران و دریافت کد اخلاق به شماره IR.TUMS.MEDICINE.REC.۱۳۹۹.۱۸۲ انجام پذیرفت.

### یافته‌ها

در این تحقیق کیفی در مجموع ۸ دستیار ارتوپدی، ۹ پرستار، ۱ فلوشیپ، و ۵ استاد مورد مصاحبه قرار گرفتند. تعداد گویه‌های اولیه ۲۲۸ گویه بود که پس از انجام فرایند تحلیل محتوا و حذف و ادغام گویه‌های تکراری به ۷۵ گویه خلاصه شد و از این ۷۵ گویه در نهایت ۱۸ زیرطبقه و ۷ طبقه و ۳ درون‌مایه شکل گرفت. جدول یک بیان‌کننده درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات مرتبط با تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی می‌باشد. چالش‌های موجود در بخش ارتوپدی شامل چندین حیطه بودند که به فراخور می‌تواند تنش‌هایی را برای کادر درمان اعم از پزشک، پرستار، دستیار و ... ایجاد نماید. اولین درون‌مایه که تحت عنوان چالش‌های مراقبتی نام‌گذاری گردید شامل دو طبقه فرایندهای درمانی و بیمار و همراه شد. طبقه فرایندهای درمانی، زیر طبقات راند و ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی؛ پاسخگویی، کمبود پرسنل و چالش‌های جراحی را شامل شد. در زیر طبقه راند و ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی، تجارب کادر درمانی حاکی از آن بود که مشکلات موجود در برنامه مراقبتی از جمله ویزیت‌ها می‌تواند تنش‌های اخلاقی برای آنان ایجاد کند که در بیشتر مواقع این تنش‌ها بر دستیاران سال پایین و پرستاران تحمیل می‌شود؛ زیرا در معرض درخواست و سوالات بیماران و همراه آنها قرار

دارند و خیلی از مواقع قادر به پاسخگویی صحیح چراها نیستند. مشارکت‌کننده شماره یک دستیار سال اول ارتوپدی اظهار داشت: "زمان بسیار کم برای ویزیت صبح وجود دارد و امکان ویزیت درست وجود ندارد؛ به عنوان سال یک از بسیاری از مشکلات بیمار سر در نمی‌آوریم." در زیر طبقه پاسخگویی که می‌توان گفت ناشی از مشکلات فرایندهای درمانی از جمله ویزیت و جراحی است سوالات متعدد بیمار و همراهان از درمان، جراحی، ترخیص و نیازهای آموزشی مطرح می‌شود که در بسیاری از مواقع دستیاران و پرستاران پاسخ دقیق آن را نمی‌دانند؛ مثلاً نمی‌دانند جراح تصمیم دارد چه زمانی بیمار را در برنامه جراحی قرار دهد؟ و این عدم پاسخگویی می‌تواند چالش‌هایی در ارتباط کادر درمان، و بیمار و همراه ایجاد نماید. مشارکت‌کننده شماره ۱: "همراهان سوال‌های متفاوتی دارند که به دلیل اینکه پاسخ درستی به سوالات آنها نمی‌شود داد، دچار بحث و تنش می‌شوند. مثل اینکه چه کسی من را عمل می‌کند و جواب ما نمی‌دانم است! در صورتی که می‌دانیم ولی نمی‌توانیم بگوییم. یا مثلاً کی عمل می‌شوم و جواب این است که هنوز معلوم نیست و این پاسخ برای همراهان غیر قابل قبول است." مشارکت‌کننده شماره ۴ دستیار ارتوپدی سال اول: «در بخش در مواردی تعیین تکلیف بیماران که باید از طرف دستیاران سال بالاتر صورت بگیرد طول کشیده و بیمار دچار انتظار طولانی می‌شود که آن را از چشم دستیار سال یک می‌بیند که در اصل درست نیست.» مشارکت‌کننده شماره ۵ دستیار ارتوپدی: «همراهان به طور مکرر به علت تاخیر در مواردی مثل تاخیر در تعویض پانسمان بیماران با کادر درمان درگیری پیدا می‌کنند.» مشارکت‌کننده شماره ۱۰: «پزشکان بیماران را ویزیت نمی‌کنند و بیماران بیشتر مواقع از ویزیت نشدن صحیح شکایت دارند. توضیحات کافی در مورد درمان به بیماران داده نمی‌شود.» کمبود پرسنل نیز معضل دیگری است که می‌تواند چالش‌هایی را در مراقبت از بیمار ایجاد نماید. بدیهی است ارائه

خوب وجود ندارد و از تجهیزاتی با سطح پایین تر استفاده می‌شود.»

زیر طبقه بیمار و همراه یک بخش مهم در فرایندهای مراقبتی است که می‌تواند چالش‌هایی را موجب شود که تنش‌های اخلاقی را برای کادر درمان رقم بزند. سطوح اجتماعی مختلف بیمار و همراه، شرایط اورژانسی بیمار و نبود مقررات تردد در بخش ارتوپدی یا ضعف مدیریتی در این بخش‌ها یا بیمارستان خود، مسائل عمده‌ای است. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۲۲ استاد گفت: «علت مشکلات بخش ارتوپدی ماهیت بیماران که تروما و نزاع و غیره است و تک جنسیتی بودن رشته باعث خشن‌تر شدن افراد و رشته شده است.» مشارکت کننده شماره ۲۳ استاد: «درک بیماران از شرایط بیماریشان کم است و سطح پایین اجتماعی و اقتصادی آنها باعث درگیری‌هایی با کادر درمان می‌شود.» مشارکت کننده شماره ۵ دستیار: «بیماران از لحاظ فرهنگی اجتماعی در سطح پایینی هستند و بیشتر آنان دچار اعتیاد هستند. بیماران به علت درد بسیار زیاد کنترل رفتار خود را از دست می‌دهند و درگیری کلامی با کادر درمان دارند.» مشارکت کننده شماره ۹ پرستار: «همراهان خارج از ساعت ملاقات در بخش رفت و آمد می‌کنند و مشکل‌زا هستند.» درون‌مایه دوم تحت عنوان چالش‌های ارتباطی کادر درمان، حاکی از تجربه رفتارهای نامناسب و ارتباطات معیوب کادر درمانی بود که طبقات ارتباط بین پزشک و دستیار، ارتباطات دستیاران در سطوح مختلف و ارتباط با سایر کادر درمانی را مطرح می‌نمود. تجربه مشارکت‌کنندگان نشان داد که سیستم آموزشی دستکاری و سلسه مراتب و ارتباطات از استاد تا دستیار سال اول سیکل معیوبی از ارتباطات مخرب و تنش‌زا می‌باشد. مشارکت کننده شماره ۱ دستیار: "رزدن‌های سال بالا در خیلی از مواقع درکی از فشار کاری و ساعت بالای کاری و عدم امکان رسیدن به همه کارها را ندارند، هر کاری که به دلیل زیاده‌بودن کارها موفق به انجام نشویم به حساب خطا یا عدم مسئولیت‌پذیری گذاشته می‌شود و حجم بالای کار، عدم تعادل وظایف بین سطوح مختلف دستیاران، فشار بسیار زیاد به

خدمات درمانی زمانی که پرسنل کافی وجود دارد بسیار آسان‌تر و با چالش کمتری برای تمام تیم مراقبتی از جمله پزشک، پرستار و خدمات همراه است و نیز رضایت دریافت‌کننده خدمت نیز فراهم می‌شود؛ اما محدودیت‌های جذب نیرو، مقررات سازمانی و شلوغی و کثرت بیمار از جمله عواملی است که ارائه خدمات مطلوب و کافی را دچار مشکل می‌کند در این رابطه مشارکت کننده شماره ۵ دستیار اظهار داشت: «در بیمارستان امام در موارد زیادی کمبود پرسنل مانند بیماربر وجود دارد و رزیدنت مسئول جابه جایی بیماران است.» یا مشارکت کننده شماره ۲۱ استاد بیان داشت: «پرسنل بیمارستان با توجه به تعداد بیماران کافی نیست و باعث تاخیرهایی در درمان آنها می‌شود.» در همین طبقه چالش‌های مرتبط با جراحی نیز مطرح بودند که می‌توان گفت به دلیل ماهیت اعمال جراحی ارتوپدی در نیاز به وسایل جراحی‌های ارتوپدی است که کیفیت، زمان آماده سازی و تایید و مراحل اداری می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند و تنش‌هایی برای بیمار و همراه و کادر درمانی به همراه داشته باشد. تاخیر در انجام جراحی‌ها، عدم تایید وسیله، هزینه‌ها و موارد دیگر نارضایتی و به دنبال آن برخوردهای اصطکاکی را موجب می‌شود. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۱۳ پرستار اظهار داشت: «شرکت‌هایی که وسایل را تامین می‌کنند با تاخیر این کار را می‌کنند و بیماران این مسئله را کوتاهی پزشک می‌دانند و تنش با پرستاران ایجاد می‌شود.» یا مشارکت کننده شماره ۱۹ استاد: "وسایل مورد نیاز جهت جراحی‌های ارتوپدی نیاز به تاییدیه‌های زیادی دارد که پروسه طولانی و غیرضروری است که در پروسه درمان بیماران خلل ایجاد می‌کند.» مشارکت کننده شماره ۲۱ استاد: "شرایط کشور هم باعث فشار روحی مضاعف به بیماران و همراهان شده، و تحریک پذیرترند. وسایل مورد نیاز جراحی‌ها سخت پیدا می‌شود. کیفیت جنس‌های استفاده شده در حال حاضر با توجه به شرایط در عمده‌ی موارد پایین است.» مشارکت کننده شماره ۲۲ استاد: «برای بیماران امکان تجهیزات

سال‌های پایین و بی‌عدالتی در فشار کاری سال پایین وجود دارد." مشارکت کننده شماره ۲ دستیار: "فشار فیزیکی قابل تحمل است اما روانی خیر. توهین توسط سال‌های بالاتر" مشارکت کننده شماره ۳ دستیار: «سیستم بدرفتاری از استاد شروع و از سال‌های بالا به پایین وجود دارد. توهین به صورت ناسزا وجود ندارد؛ اما روش‌های دیگر اعمال فشار غیراخلاقی اعمال می‌شود؛ مانند اینکه شما ۷۰ ساعت در بیمارستان حضور داشته‌اید اما به شما به نحوی کشیک اضافه یا ماندن اجباری در بیمارستان اضافه می‌شود که بیخوابی‌های پیاپی و ماندن در بیمارستان بیش از ۱۰ روز حتی به وجود می‌آید که در بعضی اوقات حتی امکان استحمام و یا بیرون رفتن حتی کوتاه از بیمارستان وجود ندارد. خود این فشار باعث خستگی بیشتر و تعداد خطاهای بالاتر می‌شود که به صورت یک سیکل معیوب شما را بیشتر تحت فشار قرار می‌دهد.»

مشارکت کننده شماره ۴ دستیار: «این پرستار در موارد زیادی رفتاری ناشایست دارد که به اصطلاح زیرآب زنی به دستیاران سال بالاتر است که بسیار آزار دهنده است.» مشارکت کننده شماره ۷ دستیار: «هنگامی که سال یک بودم حس می‌کردم با من بدرفتاری شده اما وقتی خودم سال دو شدم همان رفتار را پیش گرفتم. رزیدنت‌های سال یک در مواقع زیادی مسئولیت‌پذیری ندارند و باعث به وجود آمدن تنش با سال بالا می‌شوند. بعضی از مشکلات بین دستیاران هم به نظر ریشه‌ای و مربوط به نوع فرهنگ و تربیت رزیدنت‌هاست. نکته‌ای که قابل ذکر است این است که من در این سیستم دچار تغییر رفتار شدم و از یک آدم خوش اخلاق به بداخلاق تبدیل شدم.» مشارکت کننده شماره ۱۷ پرستار: "علت تنش‌های بخش ارتوپدی هماهنگی کم بین کادر درمان، ماهیت بیماران و حجم کار بسیار بالاست.»

#### درون مایه‌ها، طبقات، زیر طبقات تنش‌های اخلاقی بخش ارتوپدی

| درون مایه                 | طبقه                                      | زیر طبقه                           |
|---------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| چالش‌های مراقبتی          | فراایندهای درمانی                         | راند و ویزیت‌های غیر موثر و ناکافی |
|                           |                                           | پاسخگویی                           |
|                           |                                           | کمبود پرسنل                        |
|                           |                                           | چالش‌های جراحی                     |
|                           | بیمار و همراه                             | سطوح اجتماعی مختلف                 |
|                           |                                           | شرایط اورژانسی بیمار               |
|                           |                                           | نبود مقررات تردد                   |
| تنش‌های ارتباطی تیم درمان | ارتباط پزشک و دستیار                      | اجبار و تحکم                       |
|                           |                                           | بدرفتاری                           |
|                           | ارتباط میان دستیاران                      | تکرار رفتارهای سلسله مراتبی مخرب   |
|                           |                                           | عدم درک و توقع                     |
|                           | ارتباط سایر کادر درمان                    | عدم هماهنگی کادر درمانی            |
| چالش‌های آموزشی           | تنش‌های ناشی از کشیک و فشار کاری دستیاران | خستگی مفرط                         |
|                           |                                           | رفاه ناکافی                        |
|                           |                                           | عدم همخوانی تعداد بیمار با دستیار  |
|                           | وظایف و سطوح نظارتی                       | عدم نظارت مستقیم اساتید            |
|                           |                                           | مشخص نبودن سطوح وظایف              |
|                           |                                           | تحمیل وظایف از سطوح بالاتر         |

زیادی نیز به کادر درمان وارد می‌کند. خشونت در رفتار نسل به نسل پزشکان ارتوپد منتقل می‌شود و از استاد تارزدنت را درگیر می‌کند.»

### بحث

در این مطالعه به بررسی تنش‌های اخلاقی موجود در بخش ارتوپدی پرداخته شد. نتایج از وجود چالش‌های مختلف و در نتیجه تنش‌های اخلاقی در یک بخش ارتوپدی بیمارستان آموزشی حکایت می‌کرد که نتایج آن بیمار و کادر درمانی را تحت تاثیر قرار داده و موجب دیسترس، ناامیدی و حتی شکایت و عدم رضایت می‌شد. این چالش‌ها اغلب به دلیل تفاوت نگاه کادر درمان در اهداف و علایق شخصی و سازمانی، نسبت به بیماران اتفاق می‌افتد و به دلیل کمبود منابع مالی و انرژی؛ کادر درمان نمی‌توانند بین وجدان و اخلاقیات خود و شرایط پیچیده‌ی سیستم درمان، تعادل برقرار کنند. مطالعه حاضر نشان داد در فرایندهای مراقبتی، چالش‌های مختلفی مانند محدودیت‌های زمانی در راند، ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی؛ کمبود پرسنل در برابر حجم بالای بیمار و نبود امکانات کافی می‌توانند تنش‌های اخلاقی را در ارائه مراقبت و پاسخگویی ایجاد کنند. ویزیت‌های صبحگاهی کادر درمان در مطالعه‌ی حاضر اغلب به علت تعارض با زمان‌بندی‌های طراحی شده از طرف سیستم درمان و جلسات صبحگاهی با محدودیت جدی روبه‌رو بود. برای مثال، ویزیت یک بیمار مشخص در چندین بخش زمانی قبل و بعد از جلسات صبحگاهی و یا قبل و بعد از حضور اساتید انجام می‌شد که این نشان می‌دهد مشکلات زمان‌بندی بیش از حجم بیماران، مشکل‌ساز است. در مطالعات مشابه محدودیت‌های زمانی تعیین شده از سوی سیستم، حجم بالای بیماران در کنار کمبود تخت‌های بیمارستانی کافی برای بستری از نکات قابل توجه در بروز تنش می‌باشند که البته اغلب در سیستم اورژانس و بخش‌های اورژانسی و بخش مراقبت ویژه این یافته‌ها واضح‌تر بیان شده‌اند (۲۴، ۲۳). کیفیت پایین درمان، که در مطالعه‌ی ما بیشتر به صورت ویزیت های غیر موثر و ناکافی، همچنین عدم پاسخگویی به سوالات مکرر

درون مایه سوم نیز که چالش‌های آموزشی در حیطه ارتوپدی بود دربرگیرنده تنش‌های ناشی از کشیک و فشار کاری دستیاران، وظایف و سطوح نظارتی دوره دستیاری بود که تجارب مشارکت کنندگان از گروه دستیاران ارتوپدی نشان داد علاوه بر ارتباطات معیوب و نامناسب در سلسله مراتب آموزشی دستیاری ارتوپدی که در درون مایه قبل اشاره کردیم خود شرایط آموزشی حاکم بر دوره و شرایط آموزشی بودن بیمارستان چالش‌ها و مسائلی را موجب می‌شد که پیامدهای آن سایر کادر درمانی و مراقبت از بیمار را تحت تاثیر قرار می‌داد. مشارکت کننده شماره ۴ دستیار در این رابطه اظهار داشت: «رزیدنت‌های سال ۱ با توجه به شرایط و فشار کاری هیچ زمانی برای درس خواندن ندارند. مورنینگ هر روز و اجباری بودن آن به همراه اسلاید درست کردن، مفید نیست.» مشارکت کننده شماره ۵ دستیار: «رزیدنت‌های سال‌های بالاتر هیچ گونه محدوده وظایف تعیین شده‌ای ندارند و وظایف خود را به سال‌های پایین‌تر تحمیل می‌کنند. نظارتی بر روی انجام وظایف هیچ سطحی از رزیدنت‌ها وجود ندارد. اگر شما کار خود را کامل انجام دهید و فعال باشید برعکس مورد سواستفاده از طرف سال بالاتر و تحمیل کار بیشتر می‌شوید.» مشارکت کننده شماره ۶: «ساعت مورنینگ باعث عدم امکان ویزیت صحیح بیماران در راند صبح می‌شود. تعداد روزهای گزارش صبح زیاد است و بار آموزشی آن کم است. درمانگاه‌های عصر در پروتکل وزارت بهداشت شامل رزیدنت‌ها و دیگر کادر آموزشی نمی‌شود و برگزاری آنها در این بیمارستان باعث خستگی بیشتر و فشار بیشتر به رزیدنت‌ها می‌شود.» مشارکت کننده شماره ۸ دستیار: «مشکلات سطوح مختلف رزیدنتی از خود اساتید شروع و به رزیدنت‌های سال یک ختم می‌شود.» مشارکت کننده شماره ۱۹ استاد: «تعداد بسیار بالای بیماران و تعداد زیاد کشیک‌ها و خستگی مضاعف باعث افزایش تنش‌های رفتاری بین دستیاران سال‌های مختلف می‌شود. رزیدنت‌ها و کادر درمان فشار کاری بسیار زیادی را تحمل می‌کنند که فشار روحی

بیماران مشخص شده است، در اغلب مطالعات نیز مورد بررسی قرار گرفته است که به خصوص در میان جراحان و ارتوپدها به علت شیفت‌های بیشتر از سایر رشته‌ها و آنکال‌های طولانی با گزارش کیفیت درمان پایین ارزیابی شده است (۲۵). مشاهدات محقق حاکی از آن است که بیماران انتظار دریافت مراقبت‌های با کیفیت را دارند و پرستاران در فراخواندن پزشک یا نادیده گرفتن انتظارات بیماران دچار چالش می‌شوند و گاهی این مسئله موجب بروز تنش‌های اخلاقی میان کادر درمان و بیماران و در نهایت کیفیت پایین درمان و نارضایتی می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر به نظر می‌رسید بیماران؛ کیفیت پایین درمان و نارضایتی را به علت‌هایی چون کمبود ارتباط، عدم دریافت اطلاعات کافی و عدم دریافت پاسخ مناسب به سوالات، عدم حضور اساتید و پزشک مسئول بیمار در راندهای روزانه مرتبط می‌دانستند که در مصاحبه‌ها علت اصلی آن، حجم بالای بیماران و حضور بیماران در بخش‌های مختلف ذکر گردید. نکته‌ی مشابه با مطالعات دیگر این است که عدم حضور مناسب جراحان در راندها به علت زمانبندی پیچیده‌ی کاری، حضور در بخش‌های مختلف از قبیل بخش‌های درمان، اورژانس، اتاق عمل، حضور در راندها و جلسات درمانی و درمانگاه‌ها در روز کاری است که مشابه با فعالیت‌های اساتید و تیم درمانی تحقیق حاضر می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ی حاضر نکته قابل توجه این بود که در افزایش حجم بیماران، بستری بیماران در بخش‌های غیر مربوطه صورت می‌گیرد که با توجه به وسعت بیمارستان مورد مطالعه، باعث دشواری قابل توجه در عبور و مرور و حضور در این بخش‌ها می‌گردد. در مطالعه‌ی حاضر، عمده‌ی نارضایتی بیماران هنگام ترخیص به علت عدم دریافت اطلاعات کافی بود، که به نظر می‌رسد بر خلاف مطالعات مشابه "زمان" عامل اصلی این مشکل است. در مطالعات مشابه عامل اصلی محدود کننده در دادن اطلاعات به بیماران، عدم توانایی برقراری ارتباط و عدم تسلط علمی کافی بوده است که به خصوص در رشته‌های غیر جراحی و مخصوصاً در حیطه‌های روانپزشکی که توانایی بالاتری از مهارت‌های ارتباطی

و علمی برای توضیح به بیماران نیاز است نمود داشته است (۲۷). در این مطالعه، چالش‌های جراحی نیز از عوامل تنش‌زا در مراقبت از بیمار بودند که یکی به دلیل عدم برنامه ریزی مناسب و شلوغی بخش‌های جراحی مشابه با برخی مطالعات دیگر بود (۲۸). مورد دوم که در مطالعات به آن پرداخته نشده است در ارتباط با شرایط مالی و سیستم درمان؛ مانند عدم تامین تجهیزات درمانی در زمان مناسب و فرایندهای اداری تایید تجهیزات مورد نیاز جراحی بود که باعث تاخیر و انتظار طولانی بیمار جهت جراحی و بالتبع طول مدت بستری بیشتر و نارضایتی کادر درمان و بیماران می‌گردید. تاخیر در زمان عمل جراحی در مطالعات با علل مختلف بیان شده است. تقدم و تاخر عمل جراحی بیماران با توجه به شرایط و وضعیت سلامتی، حاد و یا مزمن بودن سیر بیماری و اورژانس یا غیر اورژانسی بودن عمل اتفاق می‌افتد (۲۹). مشاهدات محقق حاکی از آن است که به طور معمول بیمارانی که قرار است تحت جراحی انتخابی قرار بگیرند به علت محدودیت‌های موجود و امکان پرشدن تخت‌ها چند روز زودتر از موعد جراحی در بخش بستری می‌شوند و به دلیل نگرفتن درمان خاصی در طی این مدت از این موضوع شکایت دارند. با توجه به حجم بالای بیماران و پرشدن تخت و ظرفیت سیستم در پذیرش بیماران اختلاف تعارض منافع به صورت انتخاب بیماران بر اساس اولویت کادر درمان و نه اولویت درمانی صورت می‌گیرد. مسئله دیگر وجود تعارض منافع است که در مطالعات به وجود آن به خصوص در رشته‌های جراحی پرداخته شده است که نگرانی‌های اخلاقی را به دنبال دارد؛ افزایش خطر آسیب به بیماران، منحرف کردن تصمیم‌گیری‌های بالینی، تحمیل هزینه‌های درمانی نامناسب و عدم رضایت کافی از مسائلی است که در تعارض منافع جراحی وجود دارد (۳۰). بر این اساس، بیماران با اعتیاد و وضع مالی ضعیف و حتی پوشش نامناسب، دچار تروماهای شدید و با چالش‌های رفتاری؛ برخلاف اولویت درمانی و شرایط بیمارانشان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. در مطالعات مختلف نقش همراهان همچون بیماران به عنوان دریافت کننده خدمت آورده شده است و نارضایتی همراهان بیمار

(۳۶). خاقانی زاده و همکاران (۱۳۹۳) به این نکته اشاره می کنند که شرایط دوره دانشجویی و ضوابط و روابط حاکم بر دوره های دستیاری، محدودیت ها و تحمیل هنجارهایی از سوی اساتید و گروه های آموزشی به گفته ی اسپیندلر<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) می تواند در شکل گیری یک مخلوق فرهنگی و تغییر هویت اجتماعی دانشجو موثر باشد (۳۷). همچنین اغلب تعارضات بین اساتید در گرفتن اولویت و تخت اتاق عمل و بستری بیماران سفارشی و دخالت دیگر همکاران، با توجه به منفعت مالی قابل طرح است که بر شرایط کار تیمی و ارتباطات در کادر درمانی تاثیر می گذارد. در نهایت آخرین درون مایه که تحت عنوان چالش های آموزشی بخش ارتوپدی نام گذاری گردید شامل تنش های ناشی از کشیک و فشارکاری دستیاران، وظایف و سطوح نظارتی علاوه بر ارتباطات معیوب و نامناسب در سلسله مراتب آموزشی دستیاری ارتوپدی که در درون مایه قبل اشاره کردیم بود. شرایط آموزشی حاکم بر دوره و آموزشی بودن بیمارستان به تنهایی چالش ها و مسائلی را موجب می شد که پیامدهای آن سایر کادر درمانی و مراقبت از بیمار را تحت تاثیر قرار می دهند. دانشجویان گروه پزشکی و دستیاران ناگزیرند که به منظور ارتقای سطح مهارت های علمی و عملی خود بخش عمده ای از زمان آموزش خود را بر بالین بیماران بگذرانند و در فرایند درمان بیمار دخالت داشته باشند (۳۸). اما در بسیاری از زمان ها دانشجویان نیازمند حضور استاد در کنار خود هستند تا روند درمان بیمار به خوبی طی شود. عدم حضور استاد و انجام درمان ها توسط دستیاران برای بیمار و کادر درمانی و خود دستیار می تواند تنش زا باشد. ضمن آنکه خستگی ناشی از کشیک های طولانی و فشار کاری نیز بر کیفیت مراقبت تاثیر می گذارد. ملک و همکاران (۱۳۹۰) بیشترین تنش ها در دستیاران پزشکی را مرتبط با بار کاری زیاد و مسئولیت های دوره دستیاری توصیف نموده اند (۳۹). همچنین کیفیت پایین آموزش دستیاری، نظام مند نبودن روند آموزش، نداشتن فرصت کافی برای مطالعه و وضع معیشتی

در مطالعات مختلف گزارش می شود (۳۱). برآورده نشدن نیازهای بیماران و همراه آنها، عدم پاسخگویی و عدم اختصاص وقت کافی برای پاسخگویی به خصوص از سوی پرستاران، کمبود اطلاع رسانی فرایندهای درمانی، نقش کم مشارکت در تصمیم گیری ها از جمله عوامل ناراضایتی همراهان و بیمار محسوب می شود (۳۳)، اما بررسی چالش های اخلاقی بخش ارتوپدی طبقه دیگری تحت عنوان بیمار و همراه را رقم زد که روی دیگر سکه در ایجاد تنش ها بود بدین معنی که در شرایطی بیماران و همراهان خود ایجاد کننده چالش هایی هستند و حتی باعث برهم زدن روندهای معمول مراقبتی در بخش می شوند. تردهای زیاد همراهان با توجه به عدم تبیین و اجرای مناسب مقررات عبور و مرور، درگیری فراوان بین همراهان و کادر درمان و تقاضای بیماران برای رسیدگی و نبود فضای فیزیکی مناسب برای استقرار همراهان، مواردی بودند که چالش هایی را به دنبال داشتند که هم ناراضایتی بیمار و همراه و هم ناراضایتی کادر درمانی را به دنبال داشت. اهمیت کار تیمی و ایجاد محیطی سالم برای همکاری در سیستم درمان در مطالعات بسیاری مورد تاکید قرار گرفته است (۳۴). در حالی که در سایر مطالعات تناقض های کار تیمی در تصمیم گیری برای بیماران بیشتر مطرح بوده است؛ نتایج این مطالعه نشان داد چالش ها و تناقض ها در مواردی بسیار کلیدی تر یعنی در رفتار و ارتباط اجتماعی و روابط بین فردی اتفاق می افتد. این تناقضات که به خصوص در بین دستیاران پزشکی به شکل ویژه تری دیده می شد، شامل رفتارهای عمده ی زیر بود: فشار کاری زیاد که گاهی همراه با دستور، ناسزا و اجبار تنبیهی از سطوح بالا به پایین تر در تمام کادر درمان صورت می گرفت. اعمال تنبیه های غیرمعمول مانند کشیک های اضافی، عدم خروج از بیمارستان و حتی درگیری های فیزیکی که کمتر در مطالعات مشابه نمونه ی آن پیدا می شود (۳۵). وجود فشار کاری بالا و فرسودگی شغلی در بین دستیاران ارتوپدی و زنان یا گروه هایی مانند طب اورژانس و قلب در مطالعه سپهر منش و احمدوند (۱۳۹۳) نیز ذکر شده است

و حقوق پایین نیز از عوامل تاثیرگذار دیگر ذکر شده اند (۴۰). سپهرمنش و احمدوند (۱۳۹۳) نیز خستگی عاطفی، فرسودگی و مسخ شخصیت را از پیامدهای فشارها در دستیاران پزشکی گزارش کرده اند (۳۶)؛ که می‌تواند بر کیفیت ارتباطات در سلسله مراتب آموزشی و حرفه ای و نیز مراقبت از بیمار تاثیر سوء داشته باشد.

### نتیجه گیری

در این مطالعه بخش‌های مختلف تعارضات اخلاقی در بین کادر درمان مورد بررسی قرار گرفته است که به نظر می‌رسد همانند تمامی مطالعات مشابه تعارضات در دسته‌های مشابهی قابل توضیح هستند. با این حال، تعارضات مطرح شده در مطالعه‌ی کنونی در سطوحی همانند تاخیر جراحی، برخورد با همراهان، رفتارها و ارتباطات بین فردی و همکاری تیمی به شکل یک مشکل بزرگ قابل تامل و بررسی بیشتری است. به خصوص با توجه به نارضایتی قابل توجه کادر مراقبتی اعم از پرستار و کمک بهیار و به خصوص دستیاران از حیطه‌ی وسیع وظایف و نبود سطوح نظارتی، کشیک‌ها و فشار کاری غیر معمول و عدم بر آورده شدن نیازهای پایه ای، می‌توان تا حد زیادی اختلاف زیاد تعارضات اخلاقی در برخی از حیطه ها را نسبت به مطالعات دیگر پیش بینی نمود که رفع و مدیریت آن ها نیاز به تدابیر جدی در تعیین مقررات

سیستم درمانی، وظایف شغلی و اصلاح روابط بین فردی می‌باشد.

### پیشنهادهات

با توجه به یافته های این مطالعه پیشنهاد می‌شود توجه بیشتر و دقیق‌تر به مسئله علوم انسانی در پزشکی و به ویژه موضوعات اخلاق پزشکی در سطوح مختلف حاکمیتی از قبیل وزارتخانه و دانشگاه و سپس بخش های بالینی در بیمارستان‌ها مد نظر قرار گیرد؛ چرا که بحث علوم انسانی در سلامت به نوعی مورد غفلت واقع شده و به اخلاق پزشکی به عنوان بحثی حاشیه‌ای یا تزئینی نگریسته می‌شود و نه موضوعی تلفیق شده با طبابت و پزشکی. پس شایسته است این نگاه تغییر یافته و اخلاق پزشکی در بالین به کار گرفته شود و پزشکان و کادر درمانی همانگونه که سایر علوم و مهارت‌های حرفه را می‌آموزند؛ اخلاق پزشکی را هم بیاموزند و موضوعات اخلاقی را از حاشیه خارج و بلکه آن را اصل و ذات پزشکی بدانند. در اینصورت است که مدیران و سازمان‌های درمانی هم در پی اصلاح اوضاع و سیستم برآمده و تنش ها را از میان بر می‌دارند.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه اساتید، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی و همکارانی که تیم تحقیق را یاری نمودند، سپاسگزاری می گردد.

1. Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *ijme*. 2013; 6 (1): 64-73. [Persian].
2. Arnetz B B. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social science & medicine*, 2001. 52(2): p. 203-213. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00220-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00220-3).
3. van der Arend AJ, Remmers-van den Hurk CH. Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nurs Ethics*. 1999 Nov;6(6):468-82. doi: 10.1177/096973309900600603. PMID: 10696193.
4. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(2): 250-256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
5. Raines ML. Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*. 2000; 2(1): 29-41.
6. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):71. <https://doi:10.1186/s13613-017-0293-2>. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28639161; PMCID: PMC5479870.
7. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. 1984; Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
8. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*. 2007; 35(2): 422-429. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000254722.50608.2d>.
9. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Crit Care*. 2017;26(4):e48-e57. <https://doi:10.4037/ajcc2017786>. PMID: 28668926.
10. Storch J L, Rodney P, Starzomsk R C. *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto: Pearson; 2013; 160-187.
11. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics*. 2009;16(5):561-73. <https://doi:10.1177/0969733009106649>.
12. Walsh BC, Karia R, Egol K, Zuckerman JD, Phillips D. Teaching Professionalism in Orthopaedic Residency: Efficacy of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Ethics Modules. *J Am Acad Orthop Surg*. 2018; 26(14):507-514. <https://doi:10.5435/JAAOS-D-16-00386.86>.
13. Rise MB, Pellerud A, Rygg LØ, Steinsbekk A., Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PLoS one*, 2013; (5)8: e64009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>.
14. van Esch S C, Heideman W H, Cleijne W, Cornel M C, Snoe FJ. Health care providers' perspective on using family history in the prevention of type 2 diabetes: a qualitative study including different

- disciplines. *BMC Fam Pract.* 2013; 14 (31). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-31>.
15. Noor Abdulhadi N, Al-Shafae M, Wahlström R, Hjelm K. Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: An interview study in primary health care in Oman. *Primary Health Care Research & Development.* 2013; 14(3): 258-269. <https://doi.org/10.1017/S146342361200062X> Burnard, P.
  16. Philip Burnard, A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today.* 1991; 11 (6): 461-466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-Y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y).
  17. Hsieh H F, Shannon S E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research.* 2005; 15(9): 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.
  18. McCain G C. Content analysis: a method for studying clinical nursing problems. *Applied nursing research: ANR.* 1988; 1(3): 146. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(88\)80029-6](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(88)80029-6).
  19. Dey I. *Qualitative data analysis: A user friendly guide for social scientists.* 1st ed: Routled; 2003.
  20. Robson C. *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers.* Vol. 2. 2002; Blackwell Oxford.
  21. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse education today.* 1996; 16(4): 278-281. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(96\)80115-8](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(96)80115-8).
  22. Polit D.F, Beck C T, Hungler B. *Essentials of nursing research: methods, appraisal's and utilization.* 5<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. Translated by Dehghan Nayyeri N and Asadi Nooghabi A A. Andishe Rafiee, Tehran.
  2004. P. 254-258. ISBN: 964-8154-18-x.
  23. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics.* 2014; 22(1): 64-76. <https://doi.org/10.1177/0969733014534874>.
  24. Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CS. Moral Distress in PICU and Neonatal ICU Practitioners: A Cross-Sectional Evaluation. *Pediatr Crit Care Med.* 2017 ;18(8): e318-e326. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001219>. PMID: 28598947.
  25. Rizo CA, Jadad A R, Enkin M J B B M J. What's a good doctor and how do you make one?: Doctors should be good companions for people. *BMJ.* 2002; 325(7366): 711. PMID: PMC1124230.
  26. Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ.* 2002; 325(7366):668-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.668>.
  27. Korsch B M, Harding C. *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship: learning how to talk so your doctor will listen.* Oxford University Pres; 1998.
  28. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Educ Couns.* 2009; 75 (1): 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.026>.
  29. Lefavre KA, Macadam SA, Davidson DJ, Gandhi R, Chan H, Broekhuysen HM. Length of stay, mortality, morbidity and delay to surgery in hip fractures. *J Bone Joint Surg Br.* 2009; 91(7): 922-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.91B7.22446>.

30. Johnson J, Rogers W. Joint issues – conflicts of interest, the ASR hip and suggestions for managing surgical conflicts of interest. BMC Medical Ethics. 2014; 15: 63. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/63>.
31. Bernheim K F, Switalski T J P S. Mental health staff and patient's relatives: How they view each other. Hosp Community Psychiatry. 1988; 39(1): 63-68. <https://doi.org/10.1176/ps.39.1.63>.
32. Dolatyari A, Shariffar S T, Zareiyan A, Tadrissi S D. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in selected military hospitals. MCS. 2014; 1 (1): 18-26. [Persian]. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-44-en.html>.
33. Kalroozi F., Dadgari F., Zareiyan A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. J Mil Med. 2010; 12 (3): 143-148. [persian] <http://militarymedj.ir/article-1-697-en.html>.
34. Sexton J B, Thomas E J, Helmreich R L J B. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ. 2000; 320 (7237): 745-749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>.
35. Ogulata SN, Erol RJ Jo MS. A hierarchical multiple criteria mathematical programming approach for scheduling general surgery operations in large hospitals. J Med Syst. 2003; 27(3): 259-270. <https://doi.org/10.1023/a:1022575412017>.
36. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Prevalence of Burnout in the Residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in 2012. RME. 2015; 7 (1) :27-34. [Persian]. <http://rme.gums.ac.ir/article-1-155-en.htm>.
37. Khaghanizade M, Malaki H, Abbasi M, Abbaspour A, Mohamadi E. Faculty-Related Challenges in Medical Ethics Education: A Qualitative Study. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11 (8) :903-916. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1434-en.html>.
38. Ziaeddin Tabei S , Afshar L . Patient's rights in university teaching hospitals and Ethical challenges. Journal of Medical Ethics, Volume:4 Issue: 13, 2011 [Persian].
39. Malek M, Mohammadi S, Attarchi M. Occupational stress and influencing factors, in medical residents of one of the educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. RJMS. 2011; 18 (87): 24-35. [Persian] <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-1830-en.html>.
40. Soleymanha M, Heidarzadeh A, Haghighi M, Khoshrang H, Akbari M. Assessment of Job-Education Satisfaction in Residents of Guilan University of Medical Sciences. RME. 2013; 5 (1) :45-51. [Persian] <http://rme.gums.ac.ir/article-1-150-en.html>.

## Moral Distress in Orthopedic Ward of Imam Khomeini Hospital: A Qualitative Study

Fateme Hassan Shiri<sup>1</sup>, Mohsen Karimi<sup>2\*</sup>, Amir Ahmad Shojaei<sup>3</sup>

### Abstract

**Background and Objective:** Moral distress is one of the issues facing the medical staff; means the inability of an individual to act on internal and professional values due to internal and external pressures. Healthcare professionals may face challenging situations where they have ethical doubts about the rightness or wrongness of decisions; While feeling helpless in the face of changing circumstances that they consider immoral. Moral distress is recognized as one of the main causes of burnout syndrome among the medical staff. This study was performed to investigate the moral distress of the Orthopedic ward of Imam Khomeini Hospital.

**Methods and Materials:** This qualitative study was performed by content analysis through semi-structured face-to-face interviews with the participation of physicians, orthopedic residents and nurses of the Orthopedic ward of Imam Khomeini Hospital. The interviews were typed, coded and categorized carefully. Then the similar codes were placed in the same classes and subcategories.

**Results:** 23 interviews, 18 subclasses, 7 classes and 3 themes were formed: Care challenges, communication challenges of the treatment team, and educational challenges.

**Conclusion:** The results indicated the existence of various moral challenges, which affected the patient and the staff and caused distress, frustration and dissatisfaction. Addressing and managing these challenges raised the need for serious measures in regulating the health care system, job responsibilities, and improving interpersonal relationships. Recognizing the moral distress in system can be effective in planning and reforming the management and communication structure and ultimately improving the quality of care and patient's outcomes.

**Keywords:** Moral Distress, Orthopedics, Medical Staff, Qualitative Research

1. Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Faculty of Paramedical, Kashan University of Medical sciences, Kashan, Iran. hasanshiri7@gmail.com

2. General practitioner, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. karimiiimohsen@gmail.com

3\*. Corresponding author. Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences.

Assistant Professor of Medical Ethics, Dept. of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Tehran, Iran.

Dramirahmadsh@yahoo.com a\_shojaei@sina.tums.ac.ir

## ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زهرایوسفی<sup>۱</sup>، محمدنقی ایمانی<sup>۲\*</sup>، حسینعلی جاهد<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اساسی‌ترین مشکلات در حوزه آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت را می‌توان در مواردی نظیر بهره‌وری آموزش، ارتقای عملکرد کارکنان به واسطه آموزش، برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی و عدم همراهی محتوای دوره‌ها با نیازهای آموزشی کارکنان دانست. هدف پژوهش حاضر، ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

**روش بررسی:** روش تحقیق، توصیفی پیمایشی است. از نظر هدف، در حیطه تحقیق کاربردی و از نظر چگونگی گردآوری داده‌ها، در گروه «تحقیق آمیخته اکتشافی» قرار می‌گیرد. داده‌های کیفی و کمی از طریق کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شدند. جامعه آماری در بخش کیفی ۱۰ نفر از صاحب‌نظران و خبرگان دانشگاهی بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود که روایی و پایایی آنها مورد تأیید قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها در بخش کیفی، کدگذاری متن بود. بعد از استخراج ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌ها، در بخش کمی پرسشنامه‌ای طراحی و ۳۵۱ پرسشنامه بین کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده توزیع شد. از مدل‌سازی معادلات ساختاری روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) با کمک نرم‌افزارهای SmartPLS2 و SPSS24 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** در راستای ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت، در مجموع ۵ بُعد، ۱۶ مولفه و ۸۰ شاخص استخراج گردید.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق اینکه از بین ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده، به بُعد مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه و به مولفه جلوگیری از انزوای شغلی بیشترین توجه وجود داشت.

**کلمات کلیدی:** ارائه مدل، آموزش ضمن خدمت، اثربخشی آموزش

Structural Equation Modeling

۱. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران yousefi\_58@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول. استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران imani1348mn@gmail.com

۳. استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران jahediau@gmail.com

## مقدمه

در سیستم‌های سازمانی، انسان اغلب مهم‌ترین عامل در رسیدن به اهداف سازمانی می‌باشد، زیرا سایر منابع وارده به سازمان، به تنهایی نمی‌توانند هدف‌های سازمانی را تحقق بخشند. در یک سیستم تولیدی مدیران منابع انسانی، در جهت ارائه برنامه‌هایی برای ایجاد هماهنگی میان اهداف و نیازهای نیروی انسانی و شیوه تأمین اهداف سازمانی در تلاش می‌باشند (۱). مدیریت منابع انسانی تخصص ویژه‌ای است که برای رضایت کارکنان و تأمین هدف‌های سازمانی، برنامه‌ریزی و کوشش می‌کند. در عصر حاضر، مدیران رده بالای سازمان به این نتیجه رسیده‌اند که در صورت فقدان مدیر منابع انسانی مؤثر و کارآمد، در سازمان امکان رسیدن به اهداف سازمانی مشکل است؛ ضمن اینکه، تحقیقات انجام‌شده نشان‌دهنده این واقعیت است که رابطه‌ای بسیار قوی بین انجام وظایف و مسئولیت‌های اجتماعی یک سازمان، از یک طرف و عملکرد واحد مدیریت منابع انسانی آن از طرف دیگر، وجود دارد (۲). یکی از مشخصه‌های اساسی و نوین در مدیریت سازمان‌های امروزی وجود زیرساخت‌های لازم برای سنجش و مدیریت منابع انسانی و تحلیل نتایج و دستاوردهای آن است. به واسطه بروز و ظهور فناوری‌های جدید، کشورهای توسعه‌یافته با سرعت فراوانی در حال پیشرفت و فاصله گرفتن از کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهای در حال توسعه در پی راهکارهایی برای کاهش این فاصله هستند (۳). بنابراین افزایش کارایی سازمان‌ها در گرو افزایش کارایی منابع انسانی است و افزایش کارایی منابع انسانی در گرو آموزش و توسعه دانش و مهارت و ایجاد رفتارهای مطلوب برای انجام موفقیت‌آمیز مشاغل است. البته آموزش‌هایی می‌توانند باعث ایجاد و افزایش کارایی شوند که هدف‌دار، مداوم و پرمحتوا و به وسیله کارشناسان، اساتید و مربیان مجرب در امور آموزشی، برنامه‌ریزی و اجرا شوند؛ لذا این آموزش‌ها می‌توانند نیروهای انسانی یک سازمان را همگام با پیشرفت‌های علم و تکنولوژی به حرکت درآورده و در ارتقای کیفیت و کمیت کارهای آنان مؤثر باشند (۴). بنابراین، تجربه گذشته گوشزد

می‌کند که تغییر در مسیر حرفه‌ای مشاغل و روش‌های انجام کار اجتناب‌ناپذیر است و توجه به آموزش و توسعه منابع انسانی در مسیر این تغییرات و تحولات، تنها پلی است که می‌تواند ما را از دنیای امروز به دنیای پر تغییر و تحول فردا رهنمون باشد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت امکان آموختن فن و حرفه‌ای برای جوانان امروزی و تضمین عدم تغییر و یا منتفی شدن آن حرفه و فن در حدود چهل سال آینده غیرممکن به نظر می‌رسد. بنابراین، لزوم آموزش‌های مداوم، هدف‌دار، برنامه‌ریزی‌شده و همگام با پیشرفت‌های علم و تکنولوژی باید به طور جدی در فرآیند مدیریت موردتوجه خاص قرار گیرد (۵). آموزش از وظایف کلیدی مدیران منابع انسانی است که با توجه به تغییرات سریع در محیط و تکنولوژی‌های مورد استفاده ضروری می‌نماید (۶). توفیق هر برنامه آموزشی در درجه اول به نیازسنجی درست آموزشی مرتبط است. در شرکت‌های کوچک به علت تعداد کم نیروی انسانی و ارتباط مستقیم بین مدیران و کارکنان، مدیران منابع انسانی از نیاز کارکنان راحت‌تر اطلاع پیدا کرده و به منظور رفع آن درست برنامه‌ریزی می‌کنند و به سبب دریافت بازخورهای به موقع نسبت به ادامه یا تغییر روند برنامه‌های آموزشی به سرعت اقدام می‌کنند. باید در نظر داشت، هرگونه تغییری در شرکت بدون تغییر در رفتار و نگرش کارکنان امری غیرممکن است؛ چون سازمان متشکل از افراد شاغل در آن بوده و آموزش شیوه‌ای برای تغییر در نگرش و کردار کارکنان است (۷). اوانلان و گراسای (۲۰۲۰) تحقیق بر روی کیفیت آموزش را با بررسی نقش شرایط انتقال، شرایطی چون موقعیت‌ها و فناوری‌ها و نتایجی که هر یک از موانع و امکانات و حمایت‌ها برای تسهیل انتقال آنچه از آموزش یاد گرفته شده است، توسعه دادند. آن‌ها درباره‌ی چهار عامل موقعیتی بحث کردند: عامل هدف، عامل اجتماع، عامل وظیفه و عامل خودکنترلی. این موارد آنچه که کارآموزان یاد گرفته‌اند را یادآوری می‌کند یا حداقل فرصتی برای استفاده از آنچه آن‌ها یاد گرفته‌اند، مهیا می‌کند (۸). بررسی مسیر شکل‌گیری و تحول سازمان‌های بشری نشان می‌دهد که در گذشته به علت عدم پیچیدگی جوامع و تکنولوژی محدود،

۱۰۷ پرسنل آزمایشگاه مصاحبه صورت گرفت که ۹۳/۱ درصد از شرکت‌کنندگان پس از حضور در آموزش، ارتقای دانش و مهارت خود را اعلام کردند (۷). همچنین پاسکال لاتوچه و گاسکوین (۲۰۱۹) در پژوهش خود به ارزیابی "آموزش ضمن خدمت برای افزایش دانش و خودکارآمدی اختلال کمبود توجه بیش فعالی<sup>۲</sup> معلمان" پرداختند. نتایج آنها نشان می‌دهد که یک کارگاه آموزشی مختصر می‌تواند دانش و خودکارآمدی اختلال کمبود توجه بیش فعالی معلمان مدارس ابتدایی را افزایش دهد (۱۱). وولف<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) به "بررسی تأثیر آموزش ضمن خدمت بر کیفیت مهدکودک و نتایج یادگیری دانش‌آموزان در کشور غنا" پرداختند و نشان داد که این برنامه دانش و اجرای برنامه درسی ملی را برای افراد هم زمانی که دانش‌آموز معلم بودند و هم در سال بعد، زمانی که معلمان تازه‌کار شدند، بهبود بخشید (۱۲). طاهرخانی و حمیدی (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود به "ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت در افزایش توانمندی کارکنان" پرداختند و نتایج آنها نشان داد که اجرای آموزش ضمن خدمت در سطح واکنش، بر توانمندسازی کارکنان اداره ثبت اسناد استان قزوین موثر نبوده، ولی در سطوح یادگیری (۵/۴۲) و رفتار (۵/۳۳) موثر بوده و میزان این اثرگذاری در سطح یادگیری بیشتر بوده است (۱۳). درینی و نیک‌پور (۱۳۹۸) نیز در تحقیقی به "بررسی رابطه بین آموزش ضمن خدمت و استفاده از فناوری اطلاعات با وفاداری سازمانی کارکنان درمانی" پرداخته و دریافتند که بین آموزش ضمن خدمت و استفاده از فناوری اطلاعات با وفاداری سازمانی رابطه معنی‌دار وجود دارد (۱۴). سازمان‌ها برای بقا و پیشرفت در جهان پرتغییر و تحول امروزی سخت به آموزش‌های ضمن خدمت نیازمندند. با توجه به نکات بیان شده این نکته قابل تأمل است که صرفاً آموزش و اجرای دوره‌های آموزشی نمی‌تواند به سازمان در راه رسیدن به اهداف خویش کمک کند، چرا که آموزش‌ها باید با توجه به اصول و روش‌های علمی بنا گذاشته شوند تا

ساختار سازمان‌ها و کارکردهای آنان نیز عموماً ساده و ابتدایی بوده است به همین دلیل فرد می‌توانست ظرف مدت کوتاهی از طریق کارآموزی و یا آموزش‌های استاد شاگردی برای مشاغل خاص آماده شود. با این همه به علت ظهور تدریجی تغییر و تحول در ابعاد مختلف زندگی بشری خصوصاً پس از انقلاب صنعتی که چهره ویژه‌ای به مشاغل و حرفه‌ها بخشید، آموزش استاد شاگردی توانایی خود را برای آماده‌سازی افراد جهت مشاغل مختلف از دست داد (۹). گسترش و تغییرات سریع و روزافزون علم و فناوری باعث شکل‌گیری ساختارهای سازمانی متفاوت نسبت به گذشته شد و هر سازمانی برای هماهنگ‌شدن با این تغییرات سریع و رو به رشد، کانال‌های ارتباطی درون سازمانی خود را مناسب با این تحولات تغییر داد. در چنین شرایطی، سازمانی موفق است که دانش روزافزون پیشرفته خود را به سوی ترقی و پیشرفت هدایت کند. این امر مستلزم انجام فعالیت‌های آموزشی منظم و مستمر در تمامی سطوح سازمانی می‌باشد (۱۰). گرگیوس و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) در تحقیقی به "ارزیابی تأثیر آموزش ضمن خدمت از طریق گروه فیس‌بوک (شبکه مشارکتی معلمان تربیت‌بدنی)" پرداختند؛ هدف از این مطالعه ارزیابی یک برنامه آموزش ضمن خدمت معلم، به نام "PE.T.Co.N." در یک جامعه آنلاین تمرین از طریق گروه‌های فیس‌بوک بود. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که PE.T.Co.N. یک رویکرد نوآورانه و امیدوارکننده برای تربیت معلم است (۲). اسفیجانی و زمانی (۲۰۲۰) در پژوهشی به "بررسی عوامل موثر بر استفاده معلمان از فناوری اطلاعات و ارتباطات: نقش دوره‌های آموزشی ضمن خدمت و دسترسی" پرداختند. نتایج آنها حاکی از آن است که اگرچه تمایل به دستیابی به رایانه و استفاده از اینترنت وجود دارد، اما همچنان استفاده از آنها در مناطق مختلف یک مشکل حل نشده باقی‌مانده است (۳). لگس و همکاران (۲۰۲۰) نیز در تحقیق خود به "ارزیابی برنامه آموزش ضمن خدمت متخصصان آزمایشگاهی در مؤسسه بهداشت عمومی آمهارا شعبه دسی، شمال شرقی اتیوپی" پرداختند و از

2 Latouche &amp; Gascoigne

3 Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

4 Wolf

1 Gorozidis et al

نتیجه به دست آمده نیازهای موجود را برطرف سازد. درخصوص وضع موجود آموزش ضمن خدمت در میان کارمندان ستاد مرکزی وزارت بهداشت باید گفت که آموزش‌های موجود در این وزارتخانه مبتنی بر الگوهای سنتی می‌باشد و با توجه به تعدد موضوعات جدید و همچنین شیوه‌های جدید و کارآمدتر آموزش ضمن خدمت ضروری است که بازنگری‌هایی چند در این ساختار رخ دهد (۱۵). از جمله این مشکلات می‌توان به ناکارآمدی دوره‌های آموزشی، غیبت بسیاری از کارمندان، جدی نگرفتن موضوع آموزش، عدم شرکت همراه با توجه و دقت در دوره‌ها، بی‌تأثیری دوره و یادگیری مبانی نظری در ارزیابی کارمندان، آزمون دادن کارمندان به جای یکدیگر اشاره کرد که باعث می‌شود این دوره‌ها نتوانند به مقصود خود برسند؛ لذا به نظر می‌رسد مساله آموزش ضمن خدمت برای کارکنان وزارت بهداشت امری ضروری و مهم است که نیاز به بررسی بیشتر و دقیق‌تری دارد (۱۶).

در حال حاضر از جمله اساسی‌ترین مشکلات و نارسایی‌ها در حوزه آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت را می‌توان در مواردی نظیر بهره‌وری آموزش، ارتقای عملکرد کارکنان به واسطه آموزش ضمن خدمت، برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی و همچنین مشکلات ناشی از همسویی و همراهی محتوای دوره‌های آموزشی با نیازهای آموزشی کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت دانست. در واقع زمانی که محتوای آموزشی با نیازهای عملیاتی کارکنان همسو نباشد شاهد آن خواهیم بود که نه کارمندان محتوای آموزشی را جدی می‌گیرند و نه آنچه در این دوره‌ها تدریس می‌شود به کار کارمندان می‌آید. با توجه به آنچه گفته شد هدف از این پژوهش ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

### روش پژوهش

از آنجا که پژوهش حاضر به دنبال ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است در حیطه تحقیقات کاربردی

طبقه‌بندی می‌شود. روش تحقیق پژوهش حاضر، توصیفی پیمایشی می‌باشد. از نظر چگونگی گردآوری داده‌های موردنیاز، در گروه «تحقیق آمیخته (تلفیقی یا ترکیبی) اکتشافی» قرار می‌گیرد و برحسب نوع داده‌ها کیفی-کمی می‌باشد. داده‌های موردنیاز از طریق کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شدند. جامعه آماری بخش کیفی صاحب‌نظران و خبرگان دانشگاهی که دارای شناخت کافی از موضوع هستند می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته برای بدست آوردن داده‌ها استفاده شد. جمع‌آوری اطلاعات تا زمان به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه پیدا کرد که در این پژوهش بعد از انجام ۱۰ مصاحبه، اشباع نظری حاصل شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری (باز، محوری و انتخابی) بهره گرفته شد. سؤالات مصاحبه از سؤالات کلی آغاز شده و سپس تلاش شده تا با طرح سؤالات پیشرفته‌تر پیشروی کنیم. برای مثال در شروع مصاحبه ضمن توضیح درخصوص موضوع و هدف پژوهش، از صاحب‌نظران سؤال شد که چه موضوعاتی را آموزش می‌دهند و از چه روشهای آموزشی استفاده می‌کنند. درخواست شد که اطلاعات خودشان را درخصوص دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان نمایند. به‌طور غیرمستقیم از عوامل تأثیرگذار بر واکنش کارکنان در این دوره‌ها، سؤال شد. در نهایت، از صاحب‌نظران درخواست شد با توجه به تجربه و سابقه‌ای که در امر آموزش به ویژه آموزش ضمن خدمت دارند، عوامل مدنظر خودشان را درخصوص موضوع تحقیق ذکر نمایند. سؤالات اصلی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است به شرح زیر است:

- ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کدام است؟
- وضعیت وزارت بهداشت با توجه به ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت چگونه است؟

ساده و طبق جدول مورگان، حجم نمونه برابر ۳۵۱ نفر انتخاب و پرسشنامه بین کارکنان انتخاب شده توزیع شد. داده‌های حاصل از این پرسشنامه‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۴ و Smart PLS۲ تحت تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم قرار گرفتند. روایی صوری پرسش‌ها را گروهی از متخصصان مرتبط بررسی و تأیید کردند و پایایی پرسش‌ها نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ، معیار پایایی ترکیبی (CR) و روایی همگرا (AVE) محاسبه شد. با توجه به نتایج (جدول ۱) و اینکه حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوایی<sup>۱</sup> برابر با ۱/۲ است و اگر شاخص روایی محتوایی سؤالی، کمتر از ۱/۲ باشد آن سؤال بایستی حذف شود. همچنین برای سنجش نسبت روایی محتوایی<sup>۲</sup> سؤالات از لحاظ روایی صوری، نمره آن‌ها بالاتر از ۱/۵ باشد، قابل قبول می‌شود. می‌توان نتیجه گرفت که روایی پرسشنامه مورد تأیید خبرگان می‌باشد. در این تحقیق برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری، از روایی همگرا استفاده شد که به بررسی میزان همبستگی هر سازه با سؤالات (شاخص‌ها) خود می‌پردازد که هرچه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بیشتر است. منظور از شاخص روایی همگرا، سنجش میزان تبیین متغیر پنهان توسط متغیرهای مشاهده‌پذیر آن است. روایی همگرا نشان می‌دهد شاخص‌های مختلف از نظر مفهومی مشابه هستند یا سازه‌های همپوش از ارتباط درونی بالایی برخوردار هستند. علت استفاده از این شاخص نیز این است که در واقع این معیار نشان می‌دهد چقدر گویه‌های سنجش هر مقوله با هم از همبستگی کافی و بالایی برخوردار هستند.

جدول ۱. CVI و CVR تحقیق از نظر خبرگان (n=۱۰)

| ابعاد                            | CVR | CVI |
|----------------------------------|-----|-----|
| پرهیز از بیگانگی شغلی            | ۲/۵ | ۱/۲ |
| مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه | ۴   | ۱/۴ |
| احساس معنی‌داری                  | ۲/۹ | ۱/۹ |
| عشق به کار                       | ۲/۷ | ۱/۷ |
| مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی      | ۲/۶ | ۱/۵ |

- اولویت ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چگونه است؟ جهت کدگذاری، بعد از پیاده‌سازی بحث‌ها روی کاغذ، کدگذاری باز (خواندن خط به خط داده‌ها، استخراج مفاهیم و جملات اصلی، تشکیل مقولات و طبقات اولیه)، کدگذاری محوری (طبقه‌بندی داده‌ها، مشخص نمودن زیرمقوله‌ها، تشکیل طبقات نهایی)، کدگذاری انتخابی (پیوند زیرمقوله‌ها به یکدیگر) مقوله‌ها استخراج شد. که در نهایت ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شناسایی و الگوی مفهومی ارائه شد. برای اطمینان از روایی و پایایی پژوهش، پرسش‌های مصاحبه به تأیید چند متخصص رسانه شد. برای دستیابی به این موارد، اقدامات زیر انجام شد: پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و تحلیل مداوم و همراه با گردآوری داده در طول انجام مصاحبه‌ها، بررسی نحوه کدگذاری مصاحبه‌ها توسط متخصصی دیگر برای اطمینان از درستی کدگذاری و سلیقه‌ای نبودن درک محقق از مضمون مصاحبه‌ها. در این پژوهش بعد از استخراج ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های مربوط به ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش کمی پرسشنامه‌ای طراحی شد. جامعه آماری تحقیق حاضر، کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (حدود ۴۵۰۰ نفر) است که در بخش کمی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی

جدول ۲. پایایی و روایی متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج شده)

| متغیرها                                 | آلفای کرونباخ | پایایی ترکیبی (CR) | AVE   |
|-----------------------------------------|---------------|--------------------|-------|
| اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت         | ۰/۹۶۰         | ۰/۹۶۱              | ۰/۶۰۸ |
| پرهیز از بیگانگی شغلی                   | ۰/۹۰۵         | ۰/۹۰۶              | ۰/۶۷۳ |
| رعایت هنجارها و استانداردهای شغلی       | ۰/۹۵۵         | ۰/۹۵۶              | ۰/۶۲۶ |
| بروزسازی دانش                           | ۰/۹۲۹         | ۰/۹۳۰              | ۰/۶۱۹ |
| مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه        | ۰/۹۵۴         | ۰/۹۵۹              | ۰/۶۸۵ |
| احساس خویشتن‌اندی با کار                | ۰/۷۷۹         | ۰/۷۸۰              | ۰/۶۱۸ |
| ایجاد پیوندهای عاطفی با محیط            | ۰/۹۴۵         | ۰/۹۴۷              | ۰/۶۰۰ |
| حساسیت نشان‌دادن نسبت به امورات محوله   | ۰/۷۰۴         | ۰/۷۰۷              | ۰/۶۰۸ |
| احساس معنی‌داری                         | ۰/۹۰۶         | ۰/۹۰۸              | ۰/۶۶۴ |
| جلوگیری از انزوای شغلی                  | ۰/۸۳۳         | ۰/۸۳۵              | ۰/۶۶۱ |
| دخیل‌سازی و مشارکت‌جویی                 | ۰/۸۱۸         | ۰/۸۲۰              | ۰/۶۲۳ |
| احساس پیشرفت و خودتوسعه‌ای              | ۰/۹۲۲         | ۰/۹۲۴              | ۰/۶۰۹ |
| معقول‌بودن محتوای کار                   | ۰/۹۱۶         | ۰/۹۱۸              | ۰/۶۲۸ |
| احساس توانمندی در اجرای خط‌مشی‌ها       | ۰/۷۷۶         | ۰/۷۷۸              | ۰/۶۷۴ |
| پذیرش کار و تلاش برای ارتقای توانایی‌ها | ۰/۷۲۳         | ۰/۷۲۵              | ۰/۶۱۰ |
| احساس مهم‌بودن                          | ۰/۷۸۰         | ۰/۷۸۳              | ۰/۵۹۸ |
| عشق به کار                              | ۰/۸۵۹         | ۰/۸۶۰              | ۰/۶۰۱ |
| عدم تمایل به ترک کار                    | ۰/۷۹۰         | ۰/۷۹۲              | ۰/۶۶۷ |
| ارائه خدمات مازاد بر وظیفه              | ۰/۸۱۴         | ۰/۸۱۷              | ۰/۶۱۹ |
| مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی             | ۰/۹۰۴         | ۰/۹۰۶              | ۰/۶۱۲ |
| حساسیت‌های زیست محیطی                   | ۰/۷۹۸         | ۰/۸۰۰              | ۰/۵۹۰ |
| تاب‌آوری و پایداری                      | ۰/۸۸۳         | ۰/۸۸۵              | ۰/۶۶۷ |

شروع مصاحبه ضمن توضیح درخصوص موضوع و هدف پژوهش، از صاحب‌نظران سؤال شد که چه موضوعاتی را آموزش می‌دهند و از چه روش‌های آموزشی استفاده می‌کنند. درخواست شد که اطلاعات خودشان را درخصوص دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان نمایند. به‌طور غیرمستقیم از عوامل تأثیرگذار بر واکنش کارکنان در این دوره‌ها، سؤال شد. در نهایت، از صاحب‌نظران درخواست شد با توجه به تجربه و سابقه‌ای که در امر آموزش به ویژه آموزش ضمن خدمت دارند، عوامل مدنظر خودشان را درخصوص موضوع تحقیق ذکر نمایند. پس از اتمام مصاحبه‌ها بر اساس رویکرد

با توجه به (جدول ۲) ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج شده) از ۰/۷ بیشتر است، که نشان‌دهنده پایایی مناسب متغیرهای پژوهش می‌باشد، همچنین نتایج نشان می‌دهد که ضرایب AVE متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج شده) بیشتر از ۰/۵ می‌باشد که حاکی از روایی همگرا مناسب متغیرهای پژوهش است.

### یافته‌های پژوهش

#### تحلیل محتوا

سؤالات مصاحبه از سؤالات کلی آغاز شده و سپس تلاش شده تا با طرح سؤالات پیشرفته‌تر پیشروی کنیم. برای مثال در

کدگذاری متن، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های مدل استخراج گردید. دسته‌بندی کدهای مختلف انجام شد که در پایان این مرحله به این ترتیب که پس از کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها، در مجموع ۵ بُعد، ۱۶ مولفه و ۸۰ شاخص استخراج گردید.

جدول ۳. ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های هر مولفه

| ابعاد                            | مولفه‌ها                                | شاخص‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| پرهیز از بیگانگی شغلی            | رعایت هنجارها و استانداردهای شغلی       | توجه به ساعات و الزامات کاری، پرهیز از غیبت کردن، توجه به نیازهای آموزش کاری، همکاری با سایر همکاران، همکاری با سایر بخش‌های کاری                                                                                                                                                                                                                               |
|                                  | بروزسازی دانش                           | آشنایی با دانش نوین در حوزه کاری، یادگیری الزامات علمی، مطالعه مقالات علمی، شرکت در بحث‌های درون سازمانی، تلاش برای یادگیری، شرکت در پژوهش‌ها و همایش‌ها و برنامه‌های علمی، ارائه تولیدات علمی، شرکت در برنامه پیشنهادها و ارائه نقطه‌نظرات علمی، پرهیز از خواب‌گهواره‌ای در سازمان                                                                             |
| مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه | احساس خویشتاوندی با کار                 | دوست‌داشتن محیط کار، استفاده از مرخصی در صورت نیاز، انجام کارهای سازمان در خارج از ساعت کاری، صحبت کردن از شرایط کاری در بیرون از محیط کار، پیوند کاری با سایر نهادها و ارگان‌ها و استفاده از این روابط کاری در جهت منافع سازمان                                                                                                                                |
|                                  | ایجاد پیوندهای عاطفی با محیط            | عشق‌ورزیدن به محیط کار، تزئین فضای داخلی کاری، تلاش برای آگاهی‌رسانی به سایرین، تبدیل محیط کار به عرصه‌ای برای یادگیری                                                                                                                                                                                                                                          |
| احساس معنی‌داری                  | حساسیت نشان دادن نسبت به امورات محوله   | تلاش برای انجام کارها به نحو احسن، تلاش برای نوآوری و خلاقیت در محیط کار، تبدیل گفت و گوهای روزانه به فرصتی برای آموزش                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                  | جلوگیری از انزوای شغلی                  | برقراری ارتباط شایسته با سایر همکاران، ارتباط شایسته با ارباب رجوع، تلاش برای بهبود رابطه کاری با سایرین، داوطلب شدن برای پذیرش مسئولیت‌ها                                                                                                                                                                                                                      |
| احساس مهم بودن                   | دخیل‌سازی و مشارکت‌جویی                 | مشارکت‌جویی در امور محوله، دخیل‌ساختن نظرات کارشناسی در تصمیم‌گیری‌ها، تمایل برای حضور در پروژه‌ها، شایسته‌سالاری در امور، انگیزه برای حضور در مجامع علمی                                                                                                                                                                                                       |
|                                  | احساس پیشرفت و خودتوسعه‌ای              | توجه به توسعه فردی در پیشرفت، احساس همزادپنداری با محیط کار، سنجش عملکرد فردی در دوره‌های زمانی مشخص، نگاه به بهبود عملکرد فردی                                                                                                                                                                                                                                 |
| عشق به کار                       | معقول بودن محتوای کار                   | منطقی بودن محتوای کارهای واگذار شده، محسوس بودن نتیجه کارها، مقایسه با سایر فعالیت‌ها در سازمان‌های مشابه، امکان پیشرفت در محیط کار                                                                                                                                                                                                                             |
|                                  | احساس توانمندی در اجرای خط‌مشی‌ها       | تناسب میان مسئولیت‌های واگذار شده با توانایی‌های فردی، در نظر گرفتن مشغله‌های فردی شخصی کارمندان در برگزاری دوره‌های ضمن خدمت، برگزاری دوره‌های ضمن خدمت در تایم‌های اداری، برگزاری دوره‌های ضمن خدمت به صورت آنلاین، ایجاد جذابیت در دوره‌های ضمن خدمت از طریق گروه و پاداش، ایجاد ارتباط و همسان‌سازی محتوای آموزشی دوره‌های ضمن خدمت با محتوای کاری کارمندان |
| ارائه خدمات مازاد بر وظیفه       | پذیرش کار و تلاش برای ارتقای توانایی‌ها | توسعه فردی شغلی از طریق آموزش ضمن خدمت، گسترش و تقویت ارتباط میان همکاران در آموزش‌های ضمن خدمت، پذیرش نواقص فردی و رفع آنها در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، گسترش مهارت‌های پژوهشی در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، رفع نواقص و بی‌انگیزگی با حضور در دوره‌های آموزش ضمن خدمت                                                                                           |
|                                  | احساس مهم بودن                          | ایجاد ارتقای شغلی به واسطه دوره‌های آموزش ضمن خدمت، آموزش ضمن خدمت به مثابه پیشرفت کاری، توجیه کارمندان نسبت به اهمیت دوره‌های آموزش ضمن خدمت                                                                                                                                                                                                                   |
| عشق به کار                       | عدم تمایل به ترک کار                    | ایجاد تمایل به کار از طریق دوره‌های آموزش ضمن خدمت، افزایش علاقه‌مندی (عشق‌ورزیدن) به محتوای کار، جلوگیری از ترک کار، استفاده بهینه از مرخصی‌های ساعتی، تمرین جانشین‌پروری در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، افزایش اعتماد به نفس کاری از طریق دوره‌های آموزش ضمن خدمت                                                                                                |
|                                  | ارائه خدمات مازاد بر وظیفه              | تشویق کارمندان به داشتن احساس مسئولیت فراسازمانی، پرداختن به وظایف محوله به طریق حرفه‌ای، تاکید بر پایان‌دادن به پروژه‌های واگذار شده، از خودگذشتگی سازمانی، انجام وظایف سازمانی به عنوانی بخشی از وظیفه انسانی                                                                                                                                                 |

| ابعاد                       | مولفه‌ها                                                                                                                                 | شاخص‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی | حساسیت‌های زیست محیطی                                                                                                                    | یادگیری حساسیت‌های زیست محیطی در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، تحول رفتار زیست محیطی از طریق آموزش ضمن خدمت، پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سازمان در کلاس‌های ضمن خدمت، پرورش احساس خویشتن‌داری در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، گسترش فرهنگ پایداری و مسئولیت‌پذیری در دوره‌های آموزش ضمن خدمت، تبدیل آموزش ضمن خدمت به عرصه‌ای برای بروزرسانی دغدغه‌ها و دلوپسی‌های فردی اجتماعی، گسترش مهارت‌های انسانی و محیط زیستی افراد در طول آموزش ضمن خدمت، تبدیل آموزش ضمن خدمت به عرصه‌ای برای تقویت مهارت‌های انسانی و نقش‌پذیری در خانواده |
| پایداری و تاب‌آوری          | کمک به حفظ یکپارچگی سازمانی، کمک به سازمان در راستای حفظ رقابت‌پذیری، جلوگیری از فروپاشی سازمانی از طریق از خودگذشتگی، وفاداری به سازمان |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## بخش کمی

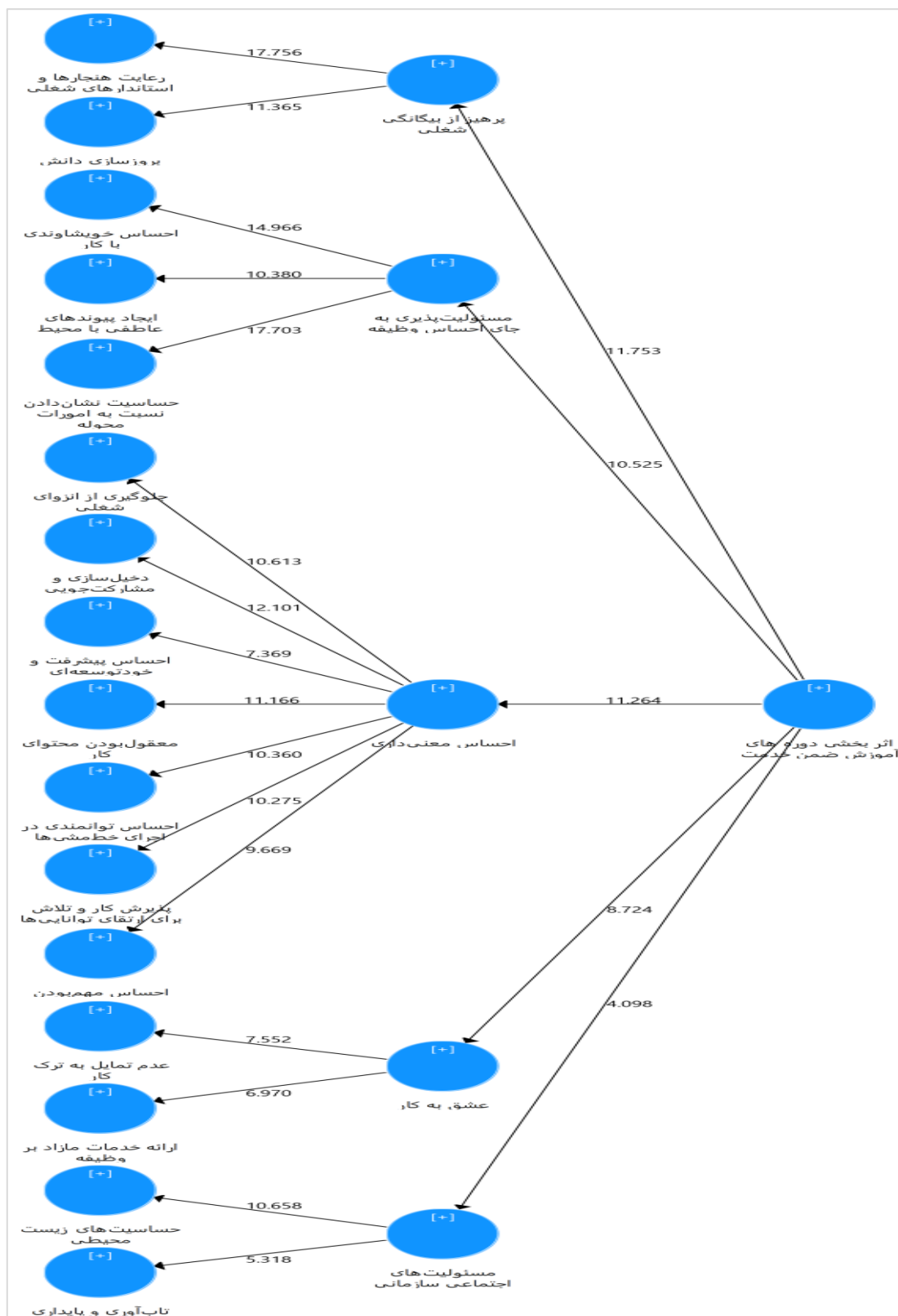
معیار ضریب تعیین ( $R^2$ ): که میزان تاثیر یک

متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا را مشخص می‌کند. نکته ضروری این است که مقدار  $R^2$  تنها برای سازه‌های وابسته (درون‌زا) مدل محاسبه می‌گردد و در مورد سازه‌های برون‌زا، مقدار این معیار صفر است. هر چه مقدار  $R^2$  مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی بودن برازش بخش ساختاری مدل به‌وسیله معیار  $R^2$  در نظر گرفته می‌شود. معیار کیفیت پیش‌بینی‌کنندگی ( $Q^2$ ): که قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد. مدل‌هایی که دارای برازش بخش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته باشند. سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را برای نشان‌دادن قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی سازه یا سازه‌های برون‌زای مربوط به آن تعریف کرده‌اند. ذکر این نکته ضروری است که این مقدار تنها برای سازه‌های درون‌زای مدل که شاخص‌های آن‌ها از نوع انعکاسی می‌باشد، محاسبه می‌گردد. و برازش مدل کلی (GOF): که سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای این معیار معرفی شده است. در این پژوهش برازش مدل کلی برابر ۰/۴۸ محاسبه شده است که نشان‌دهنده برازش قوی مدل می‌باشد.

در تجزیه و تحلیل توصیفی اطلاعات، ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان شامل جنسیت، سن، تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده در گروه مورد بررسی نشان می‌دهد که ۵۳/۸ درصد (۱۸۹ نفر) زن و ۴۶/۲ درصد (۱۶۲ نفر) مرد هستند. همچنین در گروه مورد بررسی ۹/۱ درصد آزمودنی‌ها کمتر از ۲۵ سال، ۲۳/۹ درصد آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۳۷/۳ درصد آزمودنی‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲۹/۶ درصد آزمودنی‌ها ۴۰ سال و بیشتر سن داشتند؛ حداقل سن شرکت‌کنندگان کمتر از ۲۵ سال و حداکثر سن ۴۰ سال و بیشتر، میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۲/۸۷۴۶ و ۰/۹۴۱۸ می‌باشد. در نهایت در گروه مورد بررسی ۴۶/۴ درصد لیسانس، ۳۴/۸ درصد فوق لیسانس و ۱۸/۸ درصد دارای مدرک دکتری بودند.

## بررسی برازش مدل پژوهش

در این پژوهش برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش از چندین معیار استفاده شد اساسی‌ترین معیار، ضرایب معناداری  $t$  است. برازش مدل ساختاری با استفاده از ضرایب  $t$  به این صورت است که این ضرایب باید از ۱/۹۶ بیشتر باشند تا بتوان در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بودن آن‌ها را تأیید کرد؛ نتایج معناداری ضرایب براساس مقدار آماره  $t$  در (نمودار ۱) گزارش شده است. اعداد استاندارد بالاتر از ۰/۴ مورد قبول است.



نمودار ۱. ضرایب معناداری t-value برای مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴. ضریب تعیین و کیفیت پیش‌بینی‌کنندگی

| متغیر وابسته                     | R <sup>۲</sup> | شدت | Q <sup>۲</sup> | شدت |
|----------------------------------|----------------|-----|----------------|-----|
| پرهیز از بیگانگی شغلی            | ۰/۸۳۴          | قوی | ۰/۴۰۹          | قوی |
| مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه | ۰/۶۴۹          | قوی | ۰/۴۳۸          | قوی |
| احساس معنی‌داری                  | ۰/۸۱۲          | قوی | ۰/۴۰۰          | قوی |
| عشق به کار                       | ۰/۵۱۹          | قوی | ۰/۳۳۹          | قوی |
| مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی      | ۰/۴۹۹          | قوی | ۰/۳۲۸          | قوی |
| میانگین                          | ۰/۶۲۲          | قوی | ۰/۳۸۲          | قوی |

جدول ۵. شاخص‌های برازش برای آزمون مدل (منبع: نگارنده)

| مدل تحقیق | P      | CMIN/DF | GFI    | IFI    | TLI    | CFI    | NFI    | RFI    | RMSEA |
|-----------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| مدل تحقیق | ۰/۴۷۶  | ۳/۵۱۱   | ۰/۹۲۹  | ۰/۹۳۷  | ۰/۹۱۲  | ۰/۹۰۸  | ۰/۹۲۰  | ۰/۹۱۶  | ۰/۰۸۶ |
| سطح مناسب | > ۰/۰۵ | < ۵     | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | < ۰/۱ |
| نتیجه     | مناسب  | مناسب   | مناسب  | مناسب  | مناسب  | مناسب  | مناسب  | مناسب  | مناسب |

معیار دیگری نیز برای آزمون برازش مدل وجود دارد که شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری است و شامل: کای اسکور به هنجار شده<sup>۱</sup>، نیکویی برازش<sup>۲</sup>، برازش افزاینده<sup>۳</sup>، توکر-لوئیس<sup>۴</sup>، تطبیقی<sup>۵</sup>، بنتلر-بونت<sup>۶</sup>، برازش نسبی<sup>۷</sup> و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد<sup>۸</sup> می‌باشد. مقادیر محاسبه شده در جدول زیر آورده شده است. با توجه به (جدول ۵) که مقدار سطح مناسب هر شاخص و همچنین مقادیر بدست آمده برای مدل آورده شده است، این نتیجه حاصل می‌شود که شاخص‌های موردنظر برای مدل تحقیق مناسب و برازش مدل قابل قبول می‌باشد.

### بررسی میانگین متغیرهای تحقیق (ابعاد و مولفه‌های استخراج شده) از دیدگاه خبرگان

در این تحقیق برای تعیین اینکه وضعیت وزارت بهداشت

با توجه به ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت چگونه است، میانگین متغیرهای تحقیق (ابعاد، مولفه‌های استخراج‌شده) محاسبه و بررسی شد. با توجه به نتایج حاصل از (جدول ۶) می‌توان گفت میانگین تمام متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده) در سطح مطلوب قرار گرفته‌اند ( $p \leq 0/05$  - مقدار). به عبارتی، میانگین این عوامل بالاتر از ۳/۰ مورد سنجش قرار گرفته است و نشان‌دهنده این است که وضعیت وزارت بهداشت با توجه به متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده) در سطح مطلوب قرار دارد. در این پژوهش از آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی ابعاد و مولفه‌ها استفاده شد که در جداول زیر مشاهده می‌شود. با توجه به (جدول ۷) هر چقدر میانگین رتبه‌ها بزرگتر باشد، اهمیت آن متغیر (بعد) بیشتر است که در اینجا مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه دارای رتبه بهتری است و مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی در جدول فریدمن دارای کمترین اهمیت می‌باشد.

- 1 Normed Chi-Square (CMIN/DF)
- 2 Goodness of fit index (GFI)
- 3 Incremental Fit Index (IFI)
- 4 Tucker-Lewis index (TLI)
- 5 Comparative Fit Index (CFI)
- 6 Normed Fit Index (NFI)
- 7 Relative Fit Index (RFI)
- 8 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

جدول ۶. بررسی میانگین متغیرهای تحقیق (ابعاد و مولفه‌های استخراج شده) از دیدگاه خبرگان (n=۱۰)

| ابعاد و مولفه‌ها                        | میانگین | انحراف معیار | آماره t | مقدار P | نتیجه |
|-----------------------------------------|---------|--------------|---------|---------|-------|
| پرهیز از بیگانگی شغلی                   | ۴/۲۹    | ۰/۶۵         | ۱۲۳/۱۲  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| رعایت هنجارها و استانداردهای شغلی       | ۴/۳۰    | ۰/۶۴         | ۱۲۶/۴۱  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| بروزسازی دانش                           | ۴/۲۷    | ۰/۷۱         | ۱۱۱/۹۳  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه        | ۴/۳۳    | ۰/۶۸         | ۱۲۰/۰۷  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| احساس خویشاوندی با کار                  | ۴/۲۸    | ۰/۶۸         | ۱۱۸/۵۵  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| ایجاد پیوندهای عاطفی با محیط            | ۴/۲۸    | ۰/۷۲         | ۱۱۱/۶۷  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| حساسیت نشان دادن نسبت به امورات محوله   | ۴/۲۷    | ۰/۷۲         | ۱۱۱/۴۸  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| احساس معنی‌داری                         | ۴/۳۰    | ۰/۶۶         | ۱۲۲/۳۱  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| جلوگیری از انزوای شغلی                  | ۴/۳۲    | ۰/۷۲         | ۱۱۲/۹۵  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| دخیل‌سازی و مشارکت‌جویی                 | ۴/۳۰    | ۰/۷۰         | ۱۱۵/۱۰  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| احساس پیشرفت و خودتوسعه‌ای              | ۴/۲۲    | ۰/۴۷         | ۱۶۹/۷۴  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| معقول‌بودن محتوای کار                   | ۴/۲۲    | ۰/۶۲         | ۱۲۶/۷۱  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| احساس توانمندی در اجرای خط‌مشی‌ها       | ۴/۲۱    | ۰/۷۶         | ۱۰۴/۳۲  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| پذیرش کار و تلاش برای ارتقای توانایی‌ها | ۴/۲۰    | ۰/۶۷         | ۱۱۷/۸۶  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| احساس مهم‌بودن                          | ۴/۲۴    | ۰/۷۱         | ۱۱۱/۶۸  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| عشق به کار                              | ۴/۲۴    | ۰/۶۶         | ۱۲۰/۴۵  | ۰/۰۰۰   | تایید |
| عدم تمایل به ترک کار                    | ۴/۱۵    | ۰/۸۱         | ۹۵/۹۶   | ۰/۰۰۰   | تایید |
| ارائه خدمات مازاد بر وظیفه              | ۴/۲۳    | ۰/۸۰         | ۹۸/۷۱   | ۰/۰۰۰   | تایید |
| مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی             | ۴/۱۷    | ۰/۸۳         | ۹۴/۲۷   | ۰/۰۰۰   | تایید |
| حساسیت‌های زیست محیطی                   | ۴/۱۱    | ۰/۸۰         | ۹۵/۸۵   | ۰/۰۰۰   | تایید |
| تاب‌آوری و پایداری                      | ۴/۱۸    | ۰/۶۵         | ۱۱۹/۹۸  | ۰/۰۰۰   | تایید |

جدول ۷. اولویت‌بندی ابعاد با استفاده از تحلیل فریدمن

| اولویت | ابعاد                            | میانگین رتبه |
|--------|----------------------------------|--------------|
| ۳      | پرهیز از بیگانگی شغلی            | ۴/۲۹۴۰       |
| ۱      | مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه | ۴/۳۲۶۹       |
| ۲      | احساس معنی‌داری                  | ۴/۳۰۴۸       |
| ۴      | عشق به کار                       | ۴/۲۴۴۱       |
| ۵      | مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی      | ۴/۱۷۳۸       |

انزوای شغلی دارای رتبه بالاتری است و حساسیت‌های زیست محیطی در جدول فریدمن دارای کمترین اهمیت می‌باشد.

با توجه به (جدول ۸) هرچقدر میانگین رتبه‌ها بزرگتر باشد، اهمیت آن متغیر (مولفه) بیشتر است که در اینجا جلوگیری از

جدول ۸. اولویت‌بندی مولفه‌ها با استفاده از تحلیل فریدمن

| اولویت | مولفه‌ها                                | میانگین رتبه |
|--------|-----------------------------------------|--------------|
| ۲      | رعایت هنجارها و استانداردهای شغلی       | ۴/۳۰۱۶       |
| ۷      | بروزسازی دانش                           | ۴/۲۶۷۸       |
| ۵      | احساس خویشتاندی با کار                  | ۴/۲۷۵۵       |
| ۴      | ایجاد پیوندهای عاطفی با محیط            | ۴/۲۸۲۱       |
| ۶      | حساسیت نشان‌دادن نسبت به امورات محوله   | ۴/۲۷۰۷       |
| ۱      | جلوگیری از انزوای شغلی                  | ۴/۳۱۵۳       |
| ۳      | دخیل‌سازی و مشارکت‌جویی                 | ۴/۲۹۷۰       |
| ۱۰     | احساس پیشرفت و خودتوسعه‌ای              | ۴/۳۱۸۰       |
| ۱۱     | معقول‌بودن محتوای کار                   | ۴/۲۱۷۵       |
| ۱۲     | احساس توانمندی در اجرای خط‌مشی‌ها       | ۴/۲۱۲۷       |
| ۱۳     | پذیرش کار و تلاش برای ارتقای توانایی‌ها | ۴/۱۹۵۶       |
| ۸      | احساس مهم‌بودن                          | ۴/۲۴۴۱       |
| ۱۵     | عدم تمایل به ترک کار                    | ۴/۱۴۶۰       |
| ۹      | ارائه خدمات مازاد بر وظیفه              | ۴/۲۲۶۰       |
| ۱۶     | حساسیت‌های زیست محیطی                   | ۴/۱۱۱۱       |
| ۱۴     | تاب‌آوری و پایداری                      | ۴/۱۷۶۳       |

## بحث

هدف اصلی این پژوهش، ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است و یافته‌های این تحقیق نشان‌دهنده آن است که ارتقای اثربخشی این دوره‌ها نیازمند کاربست مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و تلاش‌ها است که در ادامه به بررسی آنها می‌پردازیم.

- پرهیز از بیگانگی شغلی نخستین مقوله‌ای بود که در این پژوهش یافت شد. در واقع این مولفه نشان می‌دهد که همه تلاش‌ها در دوره‌های آموزش ضمن خدمت باید در راستای کاهش بیگانگی شغلی باشد. بحث مهم و بسیار ضروری در سازمان‌های امروزی این است که کارمندان پس از طی یک دوره کوتاه دچار احساس بیگانگی از کار می‌شوند (۱۷). این مساله می‌تواند علل و زمینه‌های مختلفی داشته باشد از جمله اینکه ممکن است محتوای شغل با توانایی‌ها همخوانی نداشته باشد. از سوی دیگر مساله‌ای که ممکن

است آزاردهنده باشد این است که فرد در محیط کار احساس ارزشمندی نکند. یکی از مشکلات سازمان‌ها خواب‌گهواره‌ای است که در این پژوهش نیز به آن اشاره شد. خواب‌گهواره‌ای در واقع همان وضعیتی است که اکثر سازمان‌ها پس از مدتی دچار آن می‌شوند و رشد و خودتوسعه‌ای در سطح فردی و سازمانی از بین می‌رود. معنای این امر این است که در صورتی که سازمان نتواند روند کسل‌کننده و خواب‌آور محیط کار را بر هم بزند سازمان دچار خواب‌گهواره‌ای می‌شود و عملکرد فردی و سازمانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در نتیجه آموزش‌های ضمن خدمت مهم‌مناسبی برای ایجاد بستری است که در آن افراد بتوانند این یکنواختی را بر هم بزنند و محیط کار را به عرصه‌ای برای یادگیری و آموزش تبدیل کنند.

- مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه دومین رکنی است که باید در حوزه سازمانی رخ دهد و این مساله نیز باید در ارتقای

ایجاد احساسی هستند که در سازمان‌های دولتی و مشخصاً ستاد مرکزی وزارت بهداشت گم شده است و آن عشق به کار است. بحران‌های اقتصادی و اجتماعی و همچنین مشکلات مربوط به پرداخت‌های مالی باعث شده است تا در سال‌های اخیر شاهد شکل‌گیری وضعیتی باشیم که در آن افراد توان تامین نیازهای خود از طریق شغل اول را ندارند. در این وضعیت بسیاری از افراد با روی آوردن به شغل دوم، شغل اول را تبدیل به ستاد و مرکز و دفتری می‌کنند که پایه شغل دوم است. در این حالت افراد در سازمان به جای پرداختن به مسائل و دغدغه‌های کاری خود در حال رایزنی برای درآمد بیشتر در شغل دوم هستند (۲۱). همین جاست که شاهد هستیم ارتباط عاطفی با سازمان از بین می‌رود و فرد توان برقراری ارتباط عاطفی و حسی با سازمان را ندارد. در این حالت دوره‌های آموزش ضمن خدمت بهترین فرصت برای ارتباط مجدد حسی با سازمان و جلوگیری از پدیده بی‌حسی سازمانی است.

مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی، اکنون پس از پذیرش آنچه گفته شد سازمان باید نگاهی به بیرون نیز داشته باشد. نگاه به بیرون در واقع تلاش سازمان در راستای دستیابی به مولفه‌هایی است که در درون سازمان وجود ندارد اما می‌تواند وجه خارجی سازمان و کارمندان را ارتقا ببخشد. امروزه مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی در صدر مسئولیت‌هایی است که به سازمان‌ها اتلاق می‌شود. در واقع سازمان‌ها امروزه باید بتوانند از طریق ارتقای سطح آگاهی و کلاس رفتاری کارمندان خود به این مهم دست یابند و ضمن رعایت ملاحظات زیست محیطی و اخلاق زیست محیطی در جهت توسعه پایدار گام بردارند.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

- با توجه به نتایج به‌دست آمده در گروه مورد بررسی، حداقل سن شرکت‌کنندگان کمتر از ۲۵ سال و حداکثر سن ۴۰ سال و بیشتر، میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۲/۸۷۴۶ و ۰/۹۴۱۸ می‌باشد.

اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت موردتوجه قرار گیرد. در واقع مساله این است که آموزش ضمن خدمت باید بتواند احساس مسئولیت‌پذیری را در وجود کارمندان ستاد مرکزی نهاده‌سازی کند و این مساله زمانی محقق می‌شود که سازمان از طریق دوره‌های آموزش ضمن خدمت احساس مسئولیت که امری درونی است را در افراد ایجاد کند. درونی‌سازی مسئولیت‌ها در واقع تلاشی است برای ارتقای سطح مهارتی و همچنین درگیر ساختن ذهنی و کاری کارمندان با محتوای کار (۱۸). بنابراین به نظر می‌رسد که اصلی‌ترین مساله‌ای که در حوزه آموزش ضمن خدمت باید در نظر گرفته شود این است که این دوره‌ها تبدیل به عرصه‌ای برای درونی‌سازی مسئولیت‌ها و همچنین ارزش‌های فرهنگی سازمان شود. پس اگر قرار است اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت افزایش یابد مهم‌ترین مساله تنظیم سرفصل‌ها و محتوای آموزشی دوره‌ها متناسب با نیازهای کاری و شغلی افراد است.

- احساس معنی‌داری سومین رکنی است که باید به دوره‌های آموزش ضمن خدمت اضافه شود. در واقع احساس معنی‌داری مساله‌ای است که باید در دوره‌های آموزش ضمن خدمت وجود داشته باشد. برای بسیاری از کارمندان حضور در دوره‌های آموزش ضمن خدمت بی‌معنی است چرا که بی‌فایده است. در واقع احساس بسیاری از کارمندان این است که حضور در این دوره‌ها فایده‌ای ندارد و صرفاً برای رفع تکلیف است (۱۹). پس اگر در ستاد مرکزی قرار است اثربخشی این دوره‌ها افزایش یابد باید معنی‌داری به این دوره‌ها اضافه شود؛ این افزودن معنی‌داری را می‌توان از طریق راهکارهای مختلفی اعمال کرد (۲۰). از جمله اینکه این دوره‌ها باید در ارتقای شغلی و مزیت‌های مالی اثرگذار باشد. پس معنی‌داری دوره‌های آموزش ضمن خدمت به این معناست که کارمندان باید تأثیر آن را به صورت مستقیم در شغلشان حس کنند.

- عشق به کار چهارمین مولفه‌ای است که در این پژوهش به آن رسیدیم. دوره‌های آموزش ضمن خدمت بهترین فرصت برای

- با توجه به نتایج مربوط به پایایی و روایی متغیرهای پژوهش (ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده)، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرهای پژوهش از  $0/7$  بیشتر است، که نشان‌دهنده پایایی مناسب متغیرهای پژوهش می‌باشد، همچنین نتایج نشان می‌دهد که ضرایب AVE متغیرهای پژوهش بیشتر از  $0/5$  می‌باشد که حاکی از روایی همگرا مناسب متغیرهای پژوهش است.

- یافته‌های تحقیق درخصوص اولویت‌بندی ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده نشان‌دهنده آن است که از بین ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده، به بُعد مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه و به مولفه جلوگیری از انزوای شغلی بیشترین توجه وجود داشت.

با توجه به یافته‌های پژوهش توصیه می‌شود که عملکرد کاری کارمندان در دوره‌های ضمن خدمت مبنایی برای ارتقای شغلی و همچنین حقوقی باشد؛ همچنین دوره‌های آموزش ضمن خدمت بجای اینکه در ساعات خارج از وقت اداری برگزار شود در ساعات اداری برگزار شود تا میزان حضورپذیری بیشتر شود و کلاس‌های آموزش ضمن خدمت فضای تعامل و فعال داشته

## تشکر و قدردانی

باشد و از شکل‌گیری فضاهای کلاسیک و خسته‌کننده پرهیز شود (۲۲). در این رابطه پیشنهاد می‌شود در دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسائل روزمره کاری تبدیل به موضوعات مورد بحث شود و کارمندان در این دوره‌ها چنین حضوری داشته باشند.

این مقاله برگرفته از رساله خانم زهرا یوسفی دانشجوی دکتری رشته مدیریت آموزشی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب با عنوان: ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کد پایان‌نامه: ۲۴۰۱۸۱۶۲۵۹۸۰۲۴۰۲۵۹۳۷۳۱۵۶۷۰۲۲۸۳۴۸۰ سامانه جامع مدیریت امور پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی (پژوهشیار) می‌باشد. در پایان لازم است از تمام اساتید و عزیزانی که در این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

## منابع

1. Rahimi F. Relationship between satisfaction with in-service teacher training and job performance Mediated by the professional development of teachers in Baharestan region. *New Approach in Educational Sciences*. 2022 Mar 21; 4(1):51-62. [Persian]
2. Gorozidis GS, Tzioumakis YS, Krommidas C, Papaioannou AG. Facebook group PETCoN (Physical Education Teacher Collaborative Network). An innovative approach to PE teacher in-service training: A self-determination theory perspective. *Teaching and teacher education*. 2020 Nov 1;96:103184.
3. Esfijani A, Zamani BE. Factors influencing teachers' utilisation of ICT: The role of in-service training courses and access. *Research in Learning Technology*. 2020 Jun 26; 28.
4. Limaie AR, Sobhani A, Davoodi AH, Zahir AT. Designing a Conceptual Model for Improving the Effectiveness of In-service Training of the Administrative Employees of the Islamic Azad University. *Human Resources*. 2021; 13(1):225-60. [Persian]
5. Habibi Azar A, Keyhan J, Talebi B. A Phenomenological study of teachers' lived experiences on the challenges of holding in-service training courses by Ministry of Education. *Technology of Education Journal (TEJ)*. 2021 Sep 23; 15(4):743-56. [Persian]
6. Attaran E, Rezaizadeh M. A study of the effect of in-service training on the performance of the employees of Iran Khodro Sapco Design and Engineering and Parts Supply Company. *New research approaches in management and accounting*. 2020 Dec 21; 48(4):114-29. [Persian]
7. Legesse S, Alemu T, Tassew M, Shiferaw B, Amare S, Tadesse Z, Maru M. Evaluation of in-service training program of laboratory professionals in Amhara Public Health Institute Dessie Branch, northeast Ethiopia: A concurrent mixed-method study. *PloS one*. 2020 Dec 4;15(12):e0243141.
8. Önalın O, Gürsoy E. EFL Teachers' Demands and Preferences on In-Service Training in Turkey. *International Online Journal of Education and Teaching*. 2020;7(3):945-58.
9. Hofmeister C, Pilz M. Using e-learning to deliver in-service teacher training in the vocational education sector: Perception and acceptance in poland, Italy and Germany. *Education Sciences*. 2020 Jul 13;10(7):182.
10. Hadi Pour A. The Role of In-Service Training Quality in Organizational Citizenship Behavior of Secondary school teachers. *Management and Educational Perspective*. 2019 Nov 22; 1(1):1-3. [Persian]
11. Latouche AP, Gascoigne M. In-service training for increasing teachers' ADHD knowledge and self-efficacy. *Journal of attention disorders*. 2019 Feb;23(3):270-81.
12. Wolf S. Impacts of pre-service training and coaching on kindergarten quality and student learning outcomes in Ghana. *Studies in Educational Evaluation*. 2018 Dec 1;59:112-23.
13. Taherkhani M, Hamidi N. Evaluating the effectiveness of in-service training courses in



- increasing the ability of employees. *Development and Transformation Management Quarterly*. 2020 Aug 22; 1399(41):21-36. [Persian]
14. Derini, R, Nikpour, A. Investigating the relationship between in-service training and the use of information technology with the organizational loyalty of medical staff (case study: Sirjan City Hospital), National Conference on Future Studies, Management and Sustainable Development. Tehran. 2018 ; <https://civilica.com/doc/987595>. [Persian]
  15. Dehghanzadeh A, Doshmen Ziari E, Esfandiar, Moazzami M, Kaousi E. Providing a qualitative model to evaluate the effectiveness of virtual courses of in-service training on the behavior of employees in Tejarat Bank. *Behavioral studies in management*. 2021 Feb 19; 11(24):19-30. [Persian]
  16. Tarazi M, Parsa Moein K, Afkaneh S. Identifying the Affecting Criteria and Components on the Effectiveness of in-service Training Courses for Employees of the Refah Bank. *Career and Organizational Counseling*. 2020 Mar 20; 12(42):95-120. [Persian]
  17. Soffia M, Wood AJ, Burchell B. Alienation is not 'Bullshit': An empirical critique of Graeber's theory of BS jobs. *Work, Employment and Society*. 2022 Oct;36(5):816-40.
  18. Dash SS, Vohra N. The leadership of the school principal: Impact on teachers' job crafting, alienation and commitment. *Management Research Review*. 2018 Nov 19.
  19. Mulki J, Lassk FG. Joint impact of ethical climate and external work locus of control on job meaningfulness. *Journal of Business Research*. 2019 Jun 1;99:46-56.
  20. Han SH, Oh EG. The link between transformational leadership and work-related performance: moderated-mediating roles of meaningfulness and job characteristics. *Leadership & Organization Development Journal*. 2020 Apr 28; 41(4):519-33.
  21. Atmaca Ç, Rızaoğlu F, Türkdoğan T, Yaylı D. An emotion focused approach in predicting teacher burnout and job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*. 2020 Apr 1; 90:103025.
  22. Nguyen TM, Malik A. A two-wave cross-lagged study on AI service quality: The moderating effects of the job level and job role. *British Journal of Management*. 2022 Jul;33(3):1221-37.

## Providing a Model for Improving the Effectiveness of In-Service Training Courses for the Staff of the Central Headquarters of the Ministry of Health and Medical Education

Zahra Yousefi<sup>1</sup>, MohammadNaghi Imani<sup>2</sup>, HosseinAli Jahed<sup>3</sup>

### Abstract

**Background and Objective:** The most basic problems in the field of in-service training for staff of the central headquarters of the Ministry of Health can be seen in cases such as training productivity, improving the performance of staff through training, planning training courses, and not matching the content of the courses with the training needs of staff. The purpose of this research is to provide a model for improving the effectiveness of in-service training courses for staff of the central headquarters of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education.

**Methods and Materials:** The research method is a descriptive survey. In terms of purpose, it is in the field of applied research and in terms of how data is collected, it is placed in the group of "exploratory mixed research". Qualitative and quantitative data were collected through library and field. The statistical population in the qualitative section was 10 university experts who were selected by available sampling. The research tool was semi-structured interviews, whose validity and reliability were confirmed. The method of data analysis in the qualitative part was text coding. After extracting the dimensions, components and indicators, a questionnaire was designed in the quantitative part and 351 questionnaires were distributed among the staff of the central headquarters of the Ministry of Health by simple random sampling method. Structural equation modeling (SEM) with the help of SmartPLS2 and SPSS24 software was used for data analysis.

**Results:** In order to present a model for improving the effectiveness of in-service training courses, a total of 5 dimensions, 16 components and 80 indicators were extracted.

**Conclusion:** The findings of the research show that among the extracted dimensions and components, there was the most attention to the dimension of responsibility instead of the sense of duty and to the component of preventing occupational isolation.

**Keywords:** Providing a model, In-service training, Training effectiveness

1. Ph.D. Student of educational management, Islamic Azad University Tehran West Branch, Tehran, Iran.
2. Assistant Prof. of educational management, Islamic Azad University Roudhan Branch, Tehran, Iran.
3. Assistant Prof. of educational management, Islamic Azad University Tehran West Branch, Tehran, Iran.



تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، ازدیدگاه خبرگان، مورد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

عبدالله جوادی نژاد<sup>۱</sup>، نادرقلی قورچیان<sup>۲\*</sup>، اختر جمالی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی همواره در مسیر تحقق اهداف مشترک آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، همکاری نزدیکی در قالب سیاست‌ها، قوانین و مقررات، تفاهم‌نامه‌ها دارند. انجام شایسته وظایف و مسئولیت‌های متقابل دو موسسه مذکور، در درجه اول مستلزم شناخت دقیق و جامع کلیه ابعاد تعاملات می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین کلیه حوزه‌های تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، تعیین عوامل پیشران و تعیین عوامل بازدارنده تعاملات در دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر با بهره‌گیری از رویکرد کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۶ نفر از خبرگان دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که اغلب دارای سابقه مدیریت در دانشگاه (رئیس دانشگاه، معاون دانشگاه، رئیس دانشکده پزشکی، رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان و مدیر گروه) بودند. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شد و از روش تحلیل مضمون به منظور تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** با مرور پژوهش‌های پیشین و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های به عمل آمده، تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در ۷ حوزه اصلی شامل آموزش و پژوهش، حکمرانی، بودجه و امور مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات سلامت، فضا و تجهیزات فیزیکی و زنجیره تامین در ۱۷ مولفه، ۲۲ عامل بازدارنده و ۲۲ عامل پیشران استخراج و جمع‌بندی نتایج انجام گرفت.

**نتیجه‌گیری:** شناسایی کامل حوزه‌های تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باعث ایجاد شفافیت، شناخت وظایف و مسئولیت‌های متقابل و پرکردن خلاءها، کاهش تنش‌ها و هم‌افزایی خواهد شد. یافته‌های پژوهش بیانگر این بود که دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در حوزه آموزش و پژوهش از طریق برنامه‌ریزی آموزشی، آموزش بالینی و برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش، در حوزه حکمرانی در مولفه‌های نظارت، پاسخگویی و ساختار، در حوزه بودجه و امور مالی در زمینه تخصیص بودجه آموزشی و هزینه‌های آموزش، در حوزه منابع انسانی در خصوص اعضای هیئت علمی، کارکنان و فراگیران، در حوزه ارائه خدمات سلامت در مورد پروتکل‌های درمانی و درمان بیماران، در حوزه منابع فیزیکی و تجهیزات در بخش فضای آموزشی و تجهیزات آموزشی و در حوزه زنجیره تامین در خصوص تامین اقلام آموزشی و تامین خدمات آموزشی دارای تعاملات حرفه‌ای می‌باشند. تقویت عوامل پیشران تعاملات و حذف و یا تعدیل عوامل بازدارنده تعاملات، باعث بهبود سطح همکاری و هماهنگی دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی و ارتقاء آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** تعاملات حرفه‌ای، دانشکده پزشکی، بیمارستان آموزشی، آموزش، درمان

۱. دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول. استاد گروه مدیریت آموزش عالی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران Naghourchian@yahoo.com

۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

در تعامل سازمانی، سازمان‌ها با هم تصمیماتی را اتخاذ و در آن ذینفع هستند. سطح نیاز به تعامل بین‌سازمانی با سطح وابستگی سازمان‌ها به یکدیگر افزایش می‌یابد. تعامل میان سازمانی از وجود پیوند میان سازمان‌های همکار براساس استفاده از کارکنان یا دیگر ابزارهای سازمان‌های درگیر ایجاد می‌شود و می‌تواند در اشکال گوناگون شامل تیم‌های میان‌سازمانی، شراکت‌ها، اتحادیه‌بردی و شبکه‌ها نمود پیدا کند. هنگامی که سیستم میان‌سازمانی از نظر ساختاری گسسته باشد، تعامل و هماهنگی پایین می‌باشد (۱). تعامل مناسب بین سازمان‌ها و به تبع آن همکاری خوب بین‌سازمانی مستلزم شناخت محیط درونی و بیرونی، محدودیت‌ها، قوانین و مقررات و خط‌مشی‌ها، رویه‌ها، سیاست‌ها و اهداف سازمانی از طرف هر سازمان در مورد سازمان دیگر است (۲). توانمندسازی آگاهانه فراگیران و افزایش صلاحیت آنها در بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به ایجاد نیروی کار بالینی مطمئن در آینده می‌انجامد. مراکز دانشگاهی که زمینه آموزش و آموزش بالینی را فراهم می‌کنند، به طور منحصر بفردی می‌توانند از طریق محیط یادگیری بالینی و برنامه درسی رسمی فراگیران، در انجام این تحولات نقش ویژه‌ای ایفا کنند. برای تحقق این اهداف دانشکده‌های پزشکی باید در نحوه تعامل و همکاری با بیمارستان‌های آموزشی تجدید نظر نمایند، از مدل‌های جدید یکپارچه سازی استفاده نمایند، مشارکت را در فراگیران و اعضای هیئت علمی افزایش دهند و فرایندهای ارتباطی را بازنگری نمایند (۳). بیمارستان‌های آموزشی به عنوان بخش مهمی از ساختار دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، علاوه بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، بستر اصلی آموزش بالینی و پژوهش هستند. این بیمارستان‌ها تعاملات متعددی با واحدهای مختلف ستادی دانشگاه شامل معاونت‌ها، واحدهای پشتیبان و حوزه ریاست و نیز

دانشکده‌های مختلف دارند. تعدد ارتباطات، بیمارستان‌ها را با چالش‌هایی روبرو کرده است که به دلیل هم راستا نبودن سیاست‌ها و تصمیمات ابلاغ شده در حوزه‌های مختلف مانند آموزش، درمان، منابع انسانی، امور مالی و متعدد بودن استانداردها و نظام‌های ارزشیابی بیمارستانی با چالش‌های کاهش کارایی، افزایش هزینه و نارضایتی مواجه شده‌اند (۴). چالش‌های بیمارستان‌های آموزشی وابسته<sup>۱</sup> به دانشگاه‌های علوم پزشکی در آموزش، شامل کم شدن توجه به مأموریت آموزشی بیمارستان، کمبود امکانات و تجهیزات و کمبود استانداردهای آموزشی، چالش‌های پژوهشی شامل ساختار پژوهش، کیفیت پژوهش و امکانات و تجهیزات مورد نیاز پژوهش و چالش‌های ارائه خدمات سلامت شامل کیفیت درمان و کمبود منابع و امکانات ارائه خدمات است (۵). تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، همواره از موضوعات مهم پزشکی آکادمیک بوده است؛ تغییرات گسترده و همزمان در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، تامین مالی و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مدیریت این تعاملات را به طور فزاینده‌ای مشکل‌ساز نموده است (۶). این موسسات در روابط بین‌سازمانی همواره درگیر اختلافات و چالش‌های متعدد هستند. جذب اعضای هیئت علمی، قیمت ارائه خدمات درمانی، نحوه پشتیبانی برنامه‌های مورد توافق و مشترک، پرداخت هزینه‌های آموزش پزشکی و بالینی و موارد دیگر از جمله موضوعاتی هست که به طور دائم این دو موسسه را با چالش‌های مختلف مواجه می‌کند (۷). همچنین سبک مدیریت متفاوت در دو موسسه، ضعف در شفافیت نقش هر دو موسسه، تفاوت در پاسخگویی و انتظارات، تفاوت در نحوه مدیریت منابع مالی، تفاوت در نیازها و کمبود منابع انسانی از علل دیگر چالش‌های فیما بین می‌باشد (۸). پس از اجرای طرح خودگردانی نقش دانشکده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی تضعیف شده است، اعضای هیئت

1 Affiliated teaching hospital

علمی بیشتر وقت خود را صرف امور درمانی نموده و از فعالیت اصلی خود که همانا آموزش و پژوهش می باشند بازمانده اند. این مسئله موجب افت کیفی آموزش گردیده است. کاهش طیف بیماری‌ها در مراکز آموزشی، محدود شدن فضای آموزشی و الگوگیری غلط دانشجویان از برخورد مادی گرایانه اساتید و در نتیجه تضعیف اخلاق پزشکی از جمله تبعات دیگر کم رنگ شدن نقش دانشکده های پزشکی در در بیمارستان های آموزشی می باشد (۹). نتایج بسیاری از مطالعات نیز بیانگر آن است که شکاف نسبتاً عمیقی در روند آموزش دانشجویان وجود دارد، به طوری که آموزش های بالینی موجود، توانایی لازم را برای ابراز لیاقت و مهارت بالینی به دانشجو نمی دهند. این در حالیست که وظیفه دانشکده های پزشکی و بیمارستان های آموزشی تربیت دانش آموختگانی است که توان ارائه خدمات بالینی را بر اساس پیشرفت های علمی روز داشته باشند و با دانش کافی و مهارت بالینی بتوانند نیاز مددجویان را برآورده کنند (۱۰). باتوجه به مشکلات موجود در تعاملات، به روز نشدن سازوکارهای تعاملی و کافی نبودن شفافیت در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان های آموزشی و اینکه اساساً این دو موسسه در چه حوزه هایی باید دارای تعامل باشند، تعیین نمودن دقیق حوزه های تعاملی و عوامل موثر بر تعاملات و شناخت کامل کلیه ابعاد تعاملی اولین گام برای از بین بردن شکافها و چالش های تعاملی و ارتقاء تعاملات می باشد، این پژوهش درصدد است به شناسایی کامل حوزه های تعاملات حرفه ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان های آموزشی و عوامل بازدارنده و پیشران در این تعاملات در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران بپردازد.

### روش بررسی

باتوجه به هدف پژوهش، مبنی بر شناسایی حوزه های تعاملات حرفه ای و عوامل بازدارنده و پیشران این تعاملات بین

دانشکده پزشکی و بیمارستان های آموزشی، روش پژوهش تحلیل محتوای کیفی با تکنیک تحلیل مضمون بود. این مطالعه در سال ۱۴۰۰ در بین صاحب نظران، خبرگان و مطلعان موضوع به انجام رسید. پرسش شوندهگان اغلب از اساتید دارای سابقه مدیریت در دانشکده پزشکی و یا بیمارستان آموزشی در سطوح رئیس، معاون، مدیرگروه در دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ابزار پرسشنامه باز انجام شده است. پرسش های اصلی در مصاحبه با توجه به پرسش های تحقیق بود و با توجه ماهیت نیمه ساختار یافته آن، پرسش های دیگری نیز با توجه با پاسخ ها و به منظور روشن تر شدن مفهوم پاسخ های ارائه شده مطرح شد. سه پرسش اصلی عبارت بودند از: ۱- حوزه های تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی کدامند؟ ۲- چه عواملی باعث بازدارندگی در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می گردند؟ ۳- عوامل پیشران که باعث بهبود تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می شوند چه مواردی هستند؟ پس از انجام ۱۶ مصاحبه، پژوهشگر به این نتیجه رسید که کدها به مرحله اشباع نظری رسیدند و پاسخ ها تکراری شد و داده جدیدی یافت نگردید. در فرآیند پژوهش به مصاحبه شوندهگان از حیث محرمانگی وعدم افشای اسامی اطمینان خاطر داده شد. پس از انجام مصاحبه ها، متن همه مصاحبه ها پیاده سازی و از روش تحلیل مضمون برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. تحلیل اطلاعات با خواندن مصاحبه ها و به منظور استخراج کدها، به صورت کامل مطالعه شد، سپس با استفاده از شیوه مقایسه مداوم و به روش تحلیل استقرایی تجزیه تحلیل شدند. واژه ها، عبارت ها و پاراگراف هایی که از مطالب مصاحبه شوندهگان حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بود به عنوان واحد معنایی و یادداشت نویسی در حاشیه متن همراه با کدگذاری انجام شد. برای

نرم افزاری داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۱۸ استفاده شد.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۱۶ مصاحبه انجام شده صورت گرفت. براساس تحلیل موضوعی مصاحبه‌ها و مطالعه متون، تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی در ۷ حوزه (تم اصلی) و ۱۷ مولفه (تم فرعی ۱)، ۲۲ عامل بازدارنده (تم فرعی ۲) و ۲۲ عامل پیشران (تم فرعی ۳) استخراج گردید (جدول شماره ۲).

کدگذاری اولیه از کلمات خود مصاحبه‌شوندگان و تعدیل آن بر اساس برداشت‌های پژوهشگر از مطالب آنان استفاده گردید. کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس تشابه معنایی در زیرتم‌ها و تم‌های اصلی جایگزین شوند. در مرحله بعدی تعاریفی برای هرتم و زیرتم و کد صورت گرفت و بدین ترتیب به گزارش عوامل موثر هر یک از حالت‌ها پرداخته شد. دقت و اعتبار کدگذاری‌ها از طریق ارزیابی و مرور مداوم همکاران پژوهش و رعایت مراحل و پروتکل تحلیل مضمون صورت پذیرفت. همچنین برای تحلیل

جدول ۱. خلاصه‌ای از پژوهش‌های پیشین و حوزه تمرکز آنها

| ردیف | حوزه تمرکز پژوهش                                                                                                       | پژوهشگران                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ۱    | ایجاد مشارکتی موفق و پایدار در مؤسسه‌های علوم پزشکی (۲۱)                                                               | Deboer, S. et al                         |
| ۲    | رابطه‌ی پیچیده بین یک دانشکده پزشکی و یک بیمارستان آموزشی: مطالعه موردی در اوگاندا (۶)                                 | Mubuuke, A. G. et al.                    |
| ۳    | همسویی عملکردی و نه یکپارچگی ساختاری دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی (۲۵)                                     | Keroack, Mark A. et al.                  |
| ۴    | دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه استنفورد و بیمارستان‌های آموزشی آن (۲۶)                                                        | Pizzo Ph. A                              |
| ۵    | تحول در راستای توسعه‌ی هیأت علمی مبتنی بر کار گروهی: برنامه‌ای برای تسهیل تغییر در آموزش پزشکی (۱۲)                    | Bolander Laksov k, et al.                |
| ۶    | چالش‌ها و فرصت‌ها در بیمارستان دانشگاهی (۱۹)                                                                           | Flanders, S. et al.                      |
| ۷    | ایجاد تعادل بین آموزش بالینی و مراقبت از بیمار در انگلستان (۲۲)                                                        | Sholl, S. et al                          |
| ۸    | بهترین شیوه برای تفاهم‌نامه بین مؤسسات درمانی و دانشگاه‌ها (۱۸)                                                        | Collins, C. et al                        |
| ۹    | توافق نامه بین دانشگاه آنتاریو و بیمارستان گریس (۲۰)                                                                   | university of Ontario and Grace Hospital |
| ۱۰   | تدوین و اجرای برنامه‌ی راهبردی جامع آموزش پزشکی در مرکز پزشکی دانشگاهی (۱۴)                                            | Schwartzstein R                          |
| ۱۱   | ایجاد فرصت‌های ساختاریافته برای مشارکت اجتماعی و ارتقای رفاه و جلوگیری از فرسودگی شغلی دانشجویان و دستیاران پزشکی (۲۴) | Ziegelstein R. c                         |
| ۱۲   | بیمارستان‌های آموزشی در برزیل (۱۷)                                                                                     | Lobo, M. et al.                          |
| ۱۳   | طراحی الگوی ارتقای کیفیت آموزش دستکاری در اجرای طرح تحول نظام سلامت (۲۷)                                               | جوادی، زینب و همکاران                    |
| ۱۴   | هزینه‌های آموزش دستیاران تخصصی در یک بیمارستان آموزشی منتخب (۲۸)                                                       | آل بویه، محمدرضا و همکاران               |
| ۱۵   | چالش‌های روابط ستاد دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های وابسته: مورد مطالعه یکی از دانشگاه‌های مستقر در تهران (۴)       | ابوالحسنی، فرید و همکاران                |
| ۱۶   | چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌روی بیمارستان‌های آموزشی از منظر تأمین کنندگان و مدیران بیمارستانی (۵)                          | صفارانی، سمیه و همکاران                  |
| ۱۷   | شناسایی عوامل کیفی مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی (۱۰)                                                                     | مرتضوی، مصطفی و همکاران                  |
| ۱۸   | آموزش پزشکی و خودگردانی بیمارستان‌های آموزشی (۹)                                                                       | کریمی، عبدالله و ناطقیان، علیرضا         |

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

| متغیر        | گروه بندی        | تعداد | درصد |
|--------------|------------------|-------|------|
| جنس          | زن               | ۳     | ۱۹٪  |
|              | مرد              | ۱۳    | ۸۱٪  |
| سن           | ۴۵ تا ۴۰ سال     | ۱     | ۶٪   |
|              | ۴۵ تا ۵۰ سال     | ۲     | ۱۳٪  |
|              | ۵۵ تا ۵۰ سال     | ۱۳    | ۸۱٪  |
| رتبه علمی    | ۵۵- تا ۶۰ سال    | ۱     | ۶٪   |
|              | بدون مرتبه علمی  | ۲     | ۱۳٪  |
|              | دانشیار          | ۶     | ۳۷٪  |
| سابقه کار    | استاد            | ۸     | ۵۰٪  |
|              | ۱۵ تا ۲۰ سال     | ۲     | ۱۳٪  |
|              | ۲۰ تا ۲۵ سال     | ۶     | ۳۷٪  |
| سابقه مدیریت | بالاتر از ۲۵ سال | ۸     | ۵۰٪  |
|              | ۱۵ تا ۲۰ سال     | ۶     | ۳۷٪  |
|              | ۱۵ تا ۲۰ سال     | ۲     | ۱۳٪  |
|              | بالاتر از ۲۰ سال | ۸     | ۵۰٪  |

## آموزش و پژوهش

الف- برنامه‌ریزی آموزشی: ادغام مأموریت کیفیت و ایمنی بیمارستانهای آموزشی و آموزش پزشکی گامی ضروری برای ارائه دانش، مهارت و نگرش پزشکان نسل بعدی است. مشارکت دانش‌آموختگان پزشکی و دستیاران در کیفیت و ایمنی دیگر فقط یک نیاز به کسب اعتبار نیست، بلکه به عنوان یک نشانگر موسسه آموزشی موفق می‌باشد (۸). یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت "دانشجویان پزشکی بیشتر از دو سال کار علوم پایه‌ای ندارند و بقیه کار تعامل با بیمارستان‌های آموزشی هست، ما در این بخش خیلی خیلی مشکل داریم، یعنی بار زیادی از طرف دانشکده پزشکی به بیمارستان آموزشی تحمیل کردند در صورتیکه خیلی از این کارها با تعامل قابل انجام شدن هست. الان فراگیران در دانشکده تقسیم می‌شوند، بدون اینکه با بیمارستان آموزشی هماهنگی شود و از مسئولین بیمارستان سوال شود چند تا سالن آموزشی دارید؟ صبح‌ها سالن‌های آموزش گنجایش چند نفر را دارند؟ ... اصلاً این سه تا رشته اضافی که دارید به بیمارستان اضافه می‌کنید اصلاً کشش دارد؟ مریض

برای بستری شدن وجود دارد؟ و... (۵) یکی دیگر از صاحب‌نظران اظهار داشت "دانشکده پزشکی باید با بیمارستان‌های آموزشی یک برنامه مشخص داشته باشد، برای آموزش دستیار، کارآموز و کارورز. فرایند مشخص باشد، مسئول هرکدام از اینها هم مشخص شود، شرح وظایف هر یک از گروه‌های آموزشی، اعضای هیئت علمی، حتی کارشناسانی که ممکن است در بیمارستان باشد مشخص شود، تعداد دانشجو و دستیار و فراگیر با بیمارستانهای آموزشی و امکانات و تجهیزات اعضای هیئت علمی و نیروی انسانی تعیین گردد" (۱۱). ب- آموزش بالینی: دانشجویان پزشکی بخش قابل توجهی از دوره تحصیل خود را در محیط‌های آموزشی بالینی می‌گذرانند. علیرغم افزایش دانش چگونگی تسهیل کردن آموزش عملی و بالینی، اجرای آن در جهت ارتقاء آموزش‌های بالینی همواره با چالش‌های متعددی روبرو بوده‌است. ارتقاء آموزش در دانشکده پزشکی عمدتاً بر ارتقاء علمی و جنبه‌های نظری آموزش پزشکی برای بهبود آموزش دانشجویان تأکید دارد (۹). آموزش بالینی مجموعه‌ای از فعالیت‌های تسهیل‌کننده یادگیری در محیط بالینی است که هدف آن ایجاد تغییرات در دانشجو در جهت انجام مراقبت‌های بالینی است (۱۰). یکی از مدیران اظهار داشت "وقتی که دانشجوی پزشکی بعد از گذراندن علوم پایه می‌خواهد از تئوری‌ها و لابراتورها برود به سمت بالینی دوره کارآموزی، هنگامی این انتقال می‌خواهد انجام شود یک ایست آنجا می‌خورد، یک دفعه از توی اتاق و کلاس و آزمایشگاه می‌رود وسط بیمارستان، چه کسی باید این تسهیل‌گری را انجام دهد؟ یک دانشکده پزشکی که با بیمارستانش هارمونی داشته باشد و مشکل اینست که اصلاً این هارمونی نیست" (۸). ج- برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش: برنامه‌ریزی استراتژیک و توسعه پژوهش با حمایت از ایمنی بیمار در برنامه توسعه هیئت علمی یکی دیگر از عوامل مهم در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی بوده و بازنگری در فرآیندهای موجود و اصلاح آنها می‌تواند به بیمارستان آموزشی برای تمرکز بر مأموریت اصلی کمک نموده و اعضای هیئت علمی را تقویت و منجر به برنامه‌های

نواآورانه نماید(۱۱). نظر یکی از مدیران این بود "اساتید علوم پایه در کنار اساتید بالینی پروژه های مشترک می توانند داشته باشند و این تعاملات هم قطعا توسط دانشجویان انجام می شود، یعنی اساتید ابزارکارشان و همراه اصلی شان دانشجویانشان هستند. که مخصوصا می توانند این تعامل را تقویت کنند، پس پروژه های مشترک در مسیر پژوهش های بالینی، پایه و یا فناوری می تواند وجود داشته باشد، خیلی از این علوم پایه ها می روند بیمارستان مثلا لابراتوار بیمارستان را به عهده می گیرند" (p۸).

جدول ۳. یافته های حاصل از تحلیل کیفی مصاحبه نیمه ساختاریافته با خبرگان و مدیران مضمون حوزه های تعاملی بین دانشکده پزشکی

وبیمارستان های آموزشی

| ردیف | حوزه تعاملات حرفه ای   | مولفه ها                  | عوامل بازدارنده تعاملات                      | عوامل پیشران تعاملات                      |
|------|------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ۱    | آموزش و پژوهش          | برنامه ریزی آموزشی        | اولویت درمان به آموزش                        | تفکیک آموزش و درمان                       |
|      |                        | آموزش بالینی              | کم توجهی اعضای هیئت علمی به آموزش            | توجه بیشتر اعضای هیئت علمی به آموزش       |
|      |                        | برنامه ریزی و توسعه پژوهش | ضعف در انجام پژوهش های مشترک                 | تعریف پروژه های پژوهشی مشترک              |
|      |                        | نظارت                     | فقدان مکانیزم های نظارتی موثر                | تقویت مکانیزم های نظارتی                  |
| ۲    | حکمرانی                | پاسخگویی                  | ضعف در پاسخگویی                              | ارتقا پاسخگویی در همه سطوح                |
|      |                        | ساختار                    | عدم به روز رسانی ساختار                      | بازنگری در چارت سازمانی                   |
|      |                        |                           | تفاوت های سازمانی                            | تقویت فرهنگ سازمانی                       |
|      |                        |                           | فرایندهای مبهم                               | بازتعریف فرایندها                         |
| ۳    | بودجه و امور مالی      | تخصیص بودجه آموزش         | توجه کم به بودجه آموزش                       | افزایش بودجه آموزش                        |
|      |                        | هزینه های آموزش           | متناسب نبودن بودجه آموزش با هزینه های آموزشی | سامان دهی هزینه های آموزشی                |
| ۴    | منابع انسانی           | اعضای هیئت علمی           | دریافتی کم اساتید                            | افزایش انگیزش اساتید                      |
|      |                        | کارکنان                   | کم توجهی به حل مشکلات اساتید                 | توانمندسازی منابع انسانی                  |
|      |                        | فراگیران                  | اشراف کم کارکنان بر برنامه های آموزشی        | بهبود امور رفاهی کارکنان                  |
|      |                        |                           | کم توجهی به امور رفاهی فراگیران              | تقویت امور رفاهی فراگیران                 |
| ۵    | ارائه خدمات سلامت      | پروتکل های درمانی         | به روز نبودن پروتکل های درمانی               | استفاده از آخرین پروتکل های درمانی        |
|      |                        | درمان بیماران             | درمان بیماری های پرتکرار و روتین             | درمان بیماری های خاص و پیچیده با تعداد کم |
| ۶    | منابع فیزیکی و تجهیزات | فضاهای آموزشی             | کمبود فضای آموزشی                            | استفاده بهینه فضاهای آموزشی               |
|      |                        | تجهیزات آموزشی            | کمبود تجهیزات و امکانات آموزشی               | بهبود امکانات آموزشی                      |
| ۷    | زنجیره تامین           | تامین اقلام آموزشی        | خرید تجهیزات غیراستاندارد آموزشی             | نظارت بر خرید تجهیزات آموزشی بیمارستان    |
|      |                        | تامین خدمات آموزشی        | ارائه خدمات نامطلوب به اساتید و فراگیران     | ارائه خدمات مطلوب برای اساتید و فراگیران  |

جدول ۴. نمونه بدست آوردن تم یا مضمون از مصاحبه‌ها

| منبع کد | نمونه نقل قول                                                                                                   | تعداد مراجع | تم فرعی ۱             | تم فرعی ۲ | تم فرعی ۳ |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|-----------|-----------|
| P2      | اساتید برای افزایش درآمد بیمارستان تحت فشارند                                                                   | ۱۱          | اولویت درمان به آموزش |           |           |
| P9      | لازمه اولویت دادن به آموزش، تامین اعتبارات مورد نیاز است                                                        | ۸           | افزایش بودجه آموزش    |           |           |
| P8      | یکی از نگرانی‌های رئیس دانشکده این بوده که تسلط کافی بر پزشکان در بیمارستان ندارند و آنها راه خودشان را می‌روند | ۷           | نظارت                 |           |           |

## حکمرانی

الف- نظارت: پس از انتشار گزارش آبراهام فلكسنر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۱۰ مبنی بر وجود کمبودها و نارسایی‌ها در بخش امکانات و تجهیزات و از همه مهمتر در آموزش و نتایج آموزش پزشکی در ایالات متحده آمریکا و کانادا، تغییرات اساسی در آموزش پزشکی کشورهای نظیر انگلیس، فرانسه و آلمان اتفاق افتاد، این تحول ادغام آموزش‌های گسترده آکادمیک و بالینی در کلاس‌های با آزمایشگاه‌های مجهز و بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه بود. آموزش بالینی توسط دانشکده پزشکی در بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه هدایت و نظارت می‌شد (۱۲). یکی از اساتید گفت "دانشکده پزشکی باید نظارت داشته باشد، وقتی دانشجویی را به بیمارستان آموزشی معرفی کرده کار تمام شده نیست، دانشکده پزشکی باید نظارت کند یعنی حوزه معاونت آموزشی باید برود ببیند دانشجویانی که معرفی کردند آموزششان بر طبق کوریکولوم هست یا نه؟ طرح درس بر اساس کوریکولوم تهیه شده؟ طرح درس، طرح دوره در واقع برای کارآموزان و غیره دارد به آن شکل انجام می‌شوند؟ چک لیست داشته باشد، گروه‌ها را موظف کند که این چک لیست‌ها را تکمیل، میزان رضایت‌مندی را از کارورز و کارآموز تهیه کند همه اینها در تعامل موثر است" (۱۱).

ب- پاسخگویی: تعامل مناسب بین سازمان‌ها و به تبع آن همکاری خوب بین‌سازمانی مستلزم شناخت محیط درونی و بیرونی، محدودیت‌ها، قوانین و مقررات و خط‌مشی‌ها، رویه‌ها، سیاست‌ها و اهداف سازمانی از طرف هر سازمان در مورد سازمان دیگر است (۲).

یکی از اساتید اظهار داشت "عضو هیات علمی، ابلاغش را دانشکده پزشکی می‌زند ولی کارش در بیمارستان آموزشی هست و عملاً پاسخگویی به بیمارستان ندارد می‌گوید ما به دانشکده پاسخگو هستیم! چرا؟ چون ارتقاء او با دانشکده است، هیچ مکانیزی هم وجود ندارد که رئیس بیمارستان روی مهمترین و کلیدی‌ترین نیرویش اختیاری داشته باشد" (۲۲). صاحب نظر دیگری اظهار داشت: از نظر ساختاری فرایند سیاست‌گذاری تحت کنترل باشد و هر کسی در جایگاه خودش پاسخگو باشد یعنی شرایط پاسخگویی در همه سطوح چه دانشکده چه مرکز آموزشی درمانی شرایط فراهم کنیم که افراد در قبال خدمتی که ارائه می‌کنند بتوانند پاسخگو باشند (۳۳).

ج- ساختار: مدیریت بیمارستان‌ها به دانش جامع بالینی و مدیریت بازرگانی و همچنین مهارت‌های علمی عالی نیاز دارد، از آنجا که کارکردهای بیمارستان‌های دانشگاهی شامل مراقبت‌های بهداشتی، آموزش پزشکی، علوم و عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی بسیار واجد شرایط است، نیازهای پشتیبانی برای تصمیم‌گیری و ساختار سازمانی از سایر شرکت‌های دولتی و حتی از بیمارستان‌های سطح دیگر متفاوت خواهد بود (۱۳). یکی از مدیران در این خصوص اظهار داشت "اگر قرار هست بین آموزش و درمان رابطه درستی برقرار باشد باید دید ساختار جوری طراحی شود که ما را به هدف دلخواه برساند. از طرفی دانشکده پزشکی برای تربیت فراگیرش نیاز به مراکز آموزشی درمانی دارد برای رونق آموزش پژوهش، از طرفی اقتصاد بیمارستان از درجه اهمیت بالایی برخوردار هست، حالا اگر قرار باشد مرکز آموزشی درمانی اقتصادی اداره شود چه جوری باید بشود؟ اگر

صرفاً مصرف منابع مالی قلمداد کرد، انجام تمرینات آموزشی در بیمارستان برای دانشجویان و دستیاران به عنوان یکی از خروجی‌ها و محصولات بیمارستان آموزشی بوده که باعث حضور پزشکان و متخصصین با کیفیت بالا در جامعه می‌گردد (۱۴). یکی از مدیران گفت: "مسئولین دانشکده پزشکی می‌گویند ما یک رسالتی داریم به نام آموزش به هیچ‌چیز دیگر هم کار نداریم، فراگیران ما هم باید بیمارستان باشند، امکانات خوب، هتلینگ خوب، بخش خوب و کارهای خوب، اینجا آموزش ببینند و اینکه فراگیران به چه تعدادی باشند کاری ندارند، اینکه آنها چقدر برای بیمارستان هزینه دارند کاری ندارند! چه کسی باید این هزینه‌ها را پرداخت کند کاری ندارند! هزینه تجهیزات و تعمیرات چقدر هست کاری ندارند" (۱۴).

#### منابع انسانی

الف- اعضای هیئت علمی: اعضای هیئت علمی در بیمارستان آموزشی برای انجام امور درمانی تحت فشار هستند و همواره ممکن است از آنها درخواست گردد درمان بیشتری در راستای کسب درآمد بیمارستان انجام دهند، این امر باعث افت کیفیت آموزش می‌شود، لذا میزان حضور اساتید و چگونگی انجام کار به صورت دقیق باید مشخص شود، همچنین نحوه انجام کار دستیاران و شرح وظایف آنها نیز باید شفاف گردد (۱۶). یکی از اساتید اظهار داشت: "زمانی که بیمارستان صرفاً آموزشی بود اساتید همه تمام‌وقت بودند، چه کاری انجام میشد یا نمی‌شد، در واقع این ساختار را بهم زدیم، ساختاری که در ابتدای کار دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی ایجاد شد را بهم زدیم. آن موقع اساتید تمام‌وقت بودند و حقوق مکفی دریافت می‌کردند و بیماران با حداقل هزینه یا بدون هزینه در بیمارستان آموزشی درمان می‌شدند. مایلین ساختار را شکستیم، این ساختار را کلاً از بین بردیم، در نتیجه اساتید حقوق مکفی دریافت نمی‌کنند و مجبورند کار خصوصی داشته باشند" (۱۶). ب- کارکنان: ایجاد حس همکاری به جای رقابت بین کارکنان دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی یکی از مهمترین

بخواهیم یک بیمارستان آموزشی درمانی در حدی باشد که خدمات ایمن و جامع و با کیفیت ارائه بشود از قبل آن تولید دانش اتفاق بیفتد یا انتصاباتی که در بیمارستان‌های آموزشی انجام میشه باید از طریق دانشکده پزشکی یا معاون درمان یا معاون توسعه دانشگاه باشد؟ این موارد باید فکر کرد که در هر مدلی مزایا و معایبی هست" (۱۳).

#### بودجه و امور مالی

الف- تخصیص بودجه آموزش: عدم توازن در بودجه اختصاص یافته در بخش آموزش، درمان و پژوهش و ترکیب نامتوازن در تخصیص اعتبارات مانع بزرگی در تحقق همه ابعاد مأموریت بیمارستان آموزشی می‌باشد (۴). اندازه و پیچیدگی بیمارستان که به شدت با حجم آموزش و تحقیقات نیز ارتباط دارد، تاثیر مستقیم در تخصیص منابع مالی از طرف دانشکده به بیمارستان دارد (۱۴). یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت "در قوانین بودجه‌ای داریم که یک درصد درآمد اختصاصی دانشگاه، (البته یک تا سه درصد که دانشگاه‌ها معمولاً یک درصد می‌گذارند) برای توسعه آموزش بکار برود. در یک دانشگاه حتی بزرگ یک درصد درکل دانشگاه میشود ۱۰ میلیارد تومان! الان یک دستگاه میکروسکوپ جراحی چشم ۵ میلیارد تومان هست! با این ۱۰ میلیارد تومان باید پاپیون بسازیم، به رزیدنت‌ها بدهیم ژورنال بخریم، می‌بینیم که اصطلاحاً می‌شود نخود یک آش و اتفاقی هم نمی‌افتد" (۱۹). ب- هزینه‌های آموزش: یکی از موارد حیاتی هزینه‌های آموزش پزشکی و بالینی هست که به طور دائم این دو موسسه را با چالش‌های مختلف مواجه می‌کند. این اختلاف نظرها و چالش‌ها ممکن است از درک محدود یا متناقض از تعهدات مالی طرفین و توجه ناکافی به وابستگی ذاتی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی باشد (۱۵). بیمارستان‌های آموزشی با توجه به نوع مأموریت هزینه‌های بالاتری نسبت به هم‌تایان غیرآموزشی خود دارند، افزایش فعالیت‌های آموزشی لزوم در اختیارداشتن منابع مالی بیشتر را نیز می‌طلبد. هر چند هزینه‌های آموزش و تحقیق را نباید

قسمتهای تعامل سازمانی مناسب و مؤثر است، کارکنان به هیچ وجه نباید احساس رقابت با یکدیگر داشته باشند، بلکه احساس آنها باید این باشد که برای رسیدن به هدف مشترکی باهم همکاری صمیمانه دارند، پروژه‌های مشترک فرصت‌های جدیدی پیش‌روی کارکنان سازمان‌ها قرار می‌دهد تا آنها با یکدیگر تعامل کنند، همکاری داشته باشند، برای موفقیت یکدیگر تلاش کنند و در نهایت موفقیت‌های بدست‌آمده را بین خود تسهیم کنند (۲). ج- فراگیران: ارتباط بیشتر و رودرو با اساتید در بیمارستان‌های کوچک و درمانگاه‌ها باعث افزایش بهره‌وری در یادگیری دانشجویان در خدمات بالینی می‌شود. مشارکت دانشجویان و دستیاران باعث می‌شود. بازخوردها به صورت جاری و روزمره توسط اساتید به دانشجویان اعلام می‌شود که این امر باعث افزایش تجربه آنها می‌گردد (۱۷). حضور دستیاران در بیمارستان آموزشی نه تنها به عنوان محرکی برای فعالیت‌های آموزشی بیمارستان می‌باشد بلکه به عنوان سرمایه‌های انسانی نقش بسزایی در جایگزینی پزشکان بیمارستان و ارائه مشاوره‌های پزشکی به بیماران را دارند. یک دستیار پزشکی گرچه به عنوان یک منبع مهم نیروی انسانی است اما او به عنوان مهمترین محصول در راستای تحقق مأموریت علمی خود می‌باشد (۱۴). یکی از صاحب‌نظران اظهارداشت: "معمولا فراگیران توسط معاونت آموزشی دانشکده پزشکی به بیمارستان‌ها و گروه‌ها معرفی می‌شوند. دانشکده پزشکی باید با گروه‌های آموزشی بیمارستان در مورد تعداد اینها باید تعامل داشته باشد، بر حسب ظرفیت بخشها از نظر تخت بستری، ظرفیت درمانگاه، تعداد مراجعین بستری چون اینها در کوریکولومشان به حداقلی تعریف شده است. مثلا دستیار چه تعداد جراحی انجام دهد، چقدر باید مشاهده کند، چقدر باید مشارکت داشته باشد، برای کارورز هم به همین ترتیب. این تعامل خیلی وقتها دچار اختلال می‌شود یعنی دانشکده تعدادی را معرفی می‌کند که بیمارستان با یک ظرفیت بیش از حد روبروست به خصوص دانشجوی پزشکی، بیمارستان دستیار را ظرفیتی تصویری می‌کند که ارائه خدمت هم دارد و شاید اصلا استقبال هم نکنند از اینکه دستیار بیشتری

برود (البته آنها هم بستگی دارد به امکانات و تجهیزات آموزشی) اما به خصوص در مورد کارآموز مشکل هست، چون کارآموز می‌رود کار یاد بگیرد و اغلب اگر تعداد زیاد باشد دچار مشکل می‌شوند" (۱۱). P.

### ارائه خدمات سلامت

الف- پروتکل‌های درمانی: بیمارستان آموزشی یک موسسه چند منظوره در مورد بیمار است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی ثانویه و عالی را به بیماران ارائه می‌دهد، در اجرای برنامه‌های آموزش علوم پزشکی شرکت می‌کند، کارهای علمی و تحقیقاتی در زمینه پزشکی انجام می‌دهد و معرفی روش‌های درمانی جدید و فن‌آوری‌های پزشکی را ترویج می‌کند (۱۳). یکی از مدیران اظهار داشت "ما در بیمارستان روی ارتقا هتلینگ به نوعی که بیمارستان را به شکل هتل اداره کنیم، زیرساخت‌ها را رسیدگی کردیم، نوسازی کردیم، پرداخت پرسنل و پزشکان و هیات علمی به روز شد، با مکانیزمهای مالی که در گذر زمان ایجاد شده بود رضایت اعضای هیات علمی را جلب کردیم، پرداخت‌ها به پیمانکاران به روز بود و همه اینها روی کیفیت و ایمنی خدمت رسانی به مردم موثر است. اینکه اعضای هیات علمی انتخاب می‌کردند که کدام بیمارستان کار کنند یا رزیدنت‌ها، فلوشیپ‌ها انتخاب اولشان کجا بود بر عملکرد بیمارستان تاثیر می‌گذاشت. در نظام آموزشی به این توفیق رسیدیم که رزیدنت‌ها را سطح بندی کردیم رزیدنت سال ۲ و ۳ فقط در درمانگاه یا اورژانس و در اتاق عمل فقط رزیدنت سال ۳ و ۴ ارائه خدمت دهد، که باعث شد خطاهای درمانی به حداقل برسد و ایمنی بیمار بیشتر رعایت شود و همواره دغدغه ما این بود که چه کنیم که در نظام آموزشی درمانی بهترین کیفیت خدمت و ایمن‌ترین خدمت به مردم ارائه شود تا مردم اولین انتخابشان مراکز آموزشی درمانی باشد" (۲). P. ب- درمان بیماران: افزایش تمرکز بر ارائه خدمات درمانی، رقابت بر ایجاد درآمد بیشتر، افزایش دانشجویان پزشکی و نیاز روزافزون به آموزش‌های بالینی در بیمارستان، کمبود منابع و تمایل بسیاری از اساتید برای انجام کارهای درمانی به جای آموزش بر پیچیدگی‌های

آموزشی بدهیم. تازه این تعامل به این خاطر هست که اساتید ما خیلی خوبند و همکاری صمیمانه‌ای دارند و گر نه با توجه به تعداد فراگیران هر گروه و نوع رشته‌ها امکانپذیر نیست" (p۵). ب- تجهیزات آموزشی: فراهم نمودن تجهیزات آموزشی مناسب در بخش های بالینی، تدوین و برنامه ریزی آموزشی نظام مند، ایجاد جو آموزشی بالینی مناسب تر به همراه ارائه اصول برخورد صحیح و مناسب با دانشجویان در بالین به خصوص برای دانشجویان اتاق عمل به منظور ارتقای سطح آموزش بالینی بسیار ضروری است (۱۰). طبق اظهارات یکی از اساتید "اگر اقتصاد بیمارستان خوب نباشد، آموزش هم خوب نیست. اگر بی توجه باشیم چرخه معیوب مدام تکرار میشود یعنی هزینه تخریب وسایل و تجهیزات و امکانات و دوباره بدتر شدن آموزش، بعدا به جایی میرسد که هیچی نداریم، نه وسایل داریم نه تجهیزات داریم نه آموزش داریم. عضو هیات علمی خودش اعتقاد داشته باشد که این تجهیزات و امکانات من هست، بخش من باید اقتصادی باشد بخشم باید منظم باشد، مریضم به بهترین نحو سرساعت باید خدمت بگیرد. آن موقع تجهیزات مناسب وجود خواهد داشت" (p۴).

### زنجیره تامین

الف- تامین اقلام آموزشی: تامین امکانات بیمارستان آموزشی که قرار است دانشکده پزشکی از آن برای تحقق اهداف آموزشی خود استفاده کند به عنوان یکی از مهمترین موضوعات در مسئولیت مشترک دو موسسه تعیین شده است (۲۰). یکی از اساتید اظهار داشت "تجهیزات و خرید تجهیزات بیمارستان حتما باید دانشکده پزشکی تایید کند و بیمارستان آموزشی باید تامین کنندگان با اهداف آموزشی باشد نه اینکه آموزش را فدا کند، در بیمارستان مثلا بخشی که کارایی آموزشی ندارد بیمارستان درمانی نیست که بخواد راه بیندازد و نباید انجام شود" (p۶). ب- تامین خدمات آموزشی: توجه روزافزون به مسائل رفاهی دانشجویان پزشکی و دستیاران و همچنین افزایش مهارت های آنها برای جلوگیری از فرسودگی شغلی در کارآموزان پزشکی

مشارکت و تعامل بین دانشکده ی پزشکی و بیمارستان آموزشی افزوده است (۱۸). هنگامی که نیاز به ارائه خدمات سلامت فزونی می یابد وقت و منابع برای آموزش پزشکی و خدمات درمانی اولین قربانیان هستند که فدای ارائه خدمات درمانی می شوند (۱۹). یکی از اساتید اظهار داشت "در بعضی بیمارستان هایی که بار درمان خیلی بالاست آموزش به طور منفی تحت تاثیر قرار دارد، یعنی هر زمان که ما مانند بیمارستان های درمانی تعداد زیاد بیماری مراجعه کنند عملا آموزش آسیب می بیند. بنابراین بیمارستان آموزشی بار مریضش تا یه حدی باید باشد نه اینکه سرریز بیمار داشته و خوشحال باشد از اینکه درآمد بیمارستان رفته بالا! یه بیمارستان درمانی نیست بیمارستان تامین اجتماعی نیست که به جای ۲۰ تا مریض ۲۰۰ مریض بیاید و درآمد بالا برود! کیفیت آموزش به شدت پایین میاید چرا که اساتید و دستیاران عملا فرصتی برای آموزش ندارند" (p۵).

### منابع فیزیکی و تجهیزات

الف- فضای آموزشی: رفع کمبودهای فضای آموزشی مانند کمبود اتاق های آموزشی در بخش های بیمارستانی، افزایش امکانات کمک آموزشی و وسایل رفاهی دانشجویان در بیمارستان ها و استفاده بیشتر از امکانات و وسایل بیمارستان ها توسط دانشجویان می تواند در بهبود فرایند آموزش و بهبود کیفیت ارائه خدمات به مردم مفید باشد (۱۰). یکی از صاحب نظران بیان کرد "این گروه یک ساعت و نیم کلاس آموزشی دارد، پرسیدم قبلا چکار می کردید؟ گفت من ده تا کارآموز داشتم سه تا کارورز<sup>۲</sup>، چهارتا هم دستیار<sup>۳</sup> کلاس ما الان بیست نفر ظرفیت دارد کافی بود، الان همان گروه تعدادش شده ۵۰ نفر! در مورد گروه های دیگر هم وضع به همین منوال است. ما مجبور شدیم برای اینکه چالش ایجاد نشود کلاس های صبح را یک ساعت یک ساعت کنیم و بین گروه ها به شکل چرخشی دریاوریم! برای اینکه به همه گروه ها فضای

|          |   |
|----------|---|
| stager   | 1 |
| intern   | 2 |
| resident | 3 |

است (۲۱). صاحب‌نظری می‌گفت: "بهتر این است که همه جای دنیا، به مجتمعات بزرگ که دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی به جاست، همه همان جاهستند. دانشجو هم وظیفه اش همان جاست خوابگاهش هم همان گوشه اش. الان دانشکده پزشکی ما اینجاست، بیمارستان توی شاه‌عبدالعظیم، خوابگاه میدان نور! رزیدنت یعنی مقیم یعنی آنجا می‌خواهد با امکانات خوب، به گوشه ساختمان با یک ویوی عالی. فضای رزیدنت ها یک قسمت از دانشکده پزشکی و به اتاق اساتید وصل بودند" (۲۲).

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه توانست شبکه حوزه‌های تعاملات دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی را با استفاده از دیدگاه‌ها و ایده‌های خبرگان و اساتید کشف و استخراج نموده و دیدی کل‌نگر به این حوزه‌ها بدست‌آورد. براین اساس تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در ۷ حوزه شامل: آموزش و پژوهش، حکمرانی، بودجه و امور مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات سلامت، منابع فیزیکی و تجهیزات و زنجیره‌تامین می‌باشد. در حوزه‌های تعاملی آموزش و پژوهش بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی که بر برنامه‌ریزی آموزشی، آموزش بالینی و برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش تاکید دارد با یافته‌های دی بور<sup>۱</sup> مطابقت داشت که بر بهبود آموزش‌های عملی و بالینی، ارتقای مراقبت از بیماران و درگیر شدن اعضای هیئت علمی در تحقیقات برای ایجاد مشارکتی موفق و پایدار در موسسه‌های علوم پزشکی تاکید دارد (۲۱). افزایش توجه اعضای هیئت علمی به آموزش، فاصله گرفتن از اعمال درمانی پرتکرار و معرفی فراگیران به بیمارستان آموزشی طبق برنامه مشخص باعث افزایش کیفیت آموزشی بالینی فراگیران می‌گردد. تعریف پروژه‌های مشترک پژوهشی قدمی بسیار مهم در افزایش هماهنگی و نزدیکی دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کراک<sup>۲</sup> درخصوص نحوه حکمرانی و تاثیر آن در تعامل بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی مبنی بر اینکه هنگامی که دو مؤسسه تحت مدیریت و حکمرانی واحدی قرار داشتند تعاملات حرفه‌ای و میزان همکاری نسبت به دسته دیگر با تمرکز مدیریت کمتر و مستقل‌تر بیشتر بود، تطابق داشت (۲۵). تغییرات در مراکز سلامت دانشگاهی عمدتاً تحت تأثیر اولویت‌های سازمانی، عوامل اقتصادی، نیازهای رقابتی و شخصیت و عملکرد مدیران آنها قرار می‌گیرد و نیاز به تعریف جدیدی از اولویت‌بندی‌ها و جهت‌گیری‌های سازمانی دارد که دانشکده پزشکی و بیمارستان وابسته آموزشی را شریک سازد. وضعیت موجود گرچه ممکن است به کار خود ادامه دهد اما تغییرات آتی و ضرورت پاسخ به عوامل و فشارهای داخلی و خارجی و تغییرات مدیریتی استفاده از این مدل جدید حکمرانی در راستای تعامل بین دانشکده‌ی پزشکی و بیمارستان آموزشی را ناگزیر می‌کند (۲۶). بازنگری ساختار سازمانی و اختیارات در دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی چابکی سازمانی را در پی دارد؛ همچنین انتصاب مسئولین بیمارستان آموزشی توسط دانشکده پزشکی یا با هماهنگی دانشکده پزشکی بستر مناسبی برای ارتقاء تعاملات می‌باشد. تخصیص بودجه و مسائل مالی یکی از مهمترین موضوعات تعاملی و دارای پتانسیل چالش‌برانگیز بود که با یافته‌های موباک<sup>۳</sup> مبنی بر اینکه عوامل کلیدی منفی در تعامل دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی ناشی از ساختار مدیریتی متفاوت، فقدان پتانسیل لازم برای تسهیم منابع انسانی و مالی بین دو موسسه و تامین و جبران کسری‌ها در این خصوص بوده است، منطبق بود (۸). هزینه‌های آموزش و تحقیق را نباید صرفاً مصرف منابع مالی قلمداد کرد، انجام تمرینات آموزشی در بیمارستان برای دانشجویان و دستیاران به عنوان یکی از خروجی‌ها و محصولات بیمارستان آموزشی بوده که باعث حضور پزشکان و متخصصین با کیفیت بالا

چالش‌های ارائه خدمات سلامت در بیمارستان‌های آموزشی که بر سه محور باردرومانی، آموزش بالینی و نظارت تاکید دارد تطابق داشت که ضرورت توجه به هر دو مسئولیت آموزش و درمان و جلوگیری از فداشدن آموزش در اثر ارائه بیش‌ازحد خدمات درمانی تاکید داشت (۲۸). استفاده از آخرین پروتکل‌های درمانی و ارجاع درمان بیماری‌های پرتکرار به مراکز صرفاً درمانی نقش مهمی در حفظ و ارتقاء آموزش بالینی و افزایش تعاملات دارد. یکی دیگر از محورهای تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی که نقش مهمی در تحقق اهداف مشترک این دو موسسه دارد بهره‌مندی مناسب از فضا و تجهیزات آموزشی بود که با یافته‌های مرتضوی تطابق داشت، بر اساس یافته‌های ایشان اولین عامل عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی، فضا و امکانات است و رفع کمبودهای فضای آموزشی مانند کمبود اتاق‌های آموزشی در بخش‌های بیمارستانی، افزایش امکانات کمک آموزشی و وسایل رفاهی دانشجویان در بیمارستان‌ها و استفاده بیشتر از امکانات و وسایل بیمارستان‌ها توسط دانشجویان می‌تواند در بهبود فرایند آموزش و بهبود کیفیت ارائه خدمات به مردم مفید باشد (۱۰). برنامه‌ریزی مجدد برای استفاده از فضاها و تجهیزات آموزشی موجود در دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی به خصوص منابع فیزیکی بالقوه که کمتر مورد استفاده واقع شده‌اند باعث بهره‌مندی مجموعه آموزش از این امکانات و افزایش تعاملات بین دو مؤسسه می‌گردد. چگونگی تامین اقلام و خدمات مرتبط با آموزش پزشکی یکی دیگر از حوزه‌های تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی بود که با یافته‌های آل‌بویه تطابق داشت، یافته‌های تحقیق آل‌بویه نشان داد تامین به موقع مواد و لوازم مصرفی عمومی و اختصاصی، تعمیر و بازسازی ساختمان و تجهیزات، تغذیه، رفت و آمد نقش بسیار مهمی در ایجاد تعاملات مناسب بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی دارد (۲۶). راه‌اندازی سامانه‌های نظارتی پویا از سوی دانشکده پزشکی و انجام نظارت‌های مؤثر نقش مهمی در شناسایی شکاف‌های تعاملاتی و به حداقل رساندن این شکاف‌ها دارد.

در جامعه می‌گردد. یک دستیار پزشکی گرچه به عنوان یک منبع مهم نیروی انسانی است اما او به عنوان مهمترین محصول در راستای تحقق مأموریت علمی خود می‌باشد (۱۷). نیازسنجی دقیق اعتبارات مورد نیاز، تخصیص به موقع و کامل اعتبارات و دارای نقش بودن دانشکده پزشکی در مسیر برآورد و تخصیص بودجه، بیمارستان آموزشی را در انجام تعهدات نسبت به آموزش توانمندتر می‌نماید. یکی از حوزه‌های مهم تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی منابع انسانی اعم از اساتید، کارکنان و فراگیران است که توسعه یافتگی منابع انسانی نقش بسزایی در تعامل سازنده بین این دو موسسه داشته و منجر به ارتقای آموزش پزشکی و ارائه خدمات ایمن به بیماران می‌گردد، یافته‌های این تحقیق با یافته‌های جعفرزاده که بر تقویت ویژگی‌های فردی مدرسان، استفاده از مربیان در تمام بخش‌های بالینی، افزایش انگیزه مربیان و تقویت توانمندی‌های آنان، فراهم نمودن امکانات و تجهیزات مناسب در بخش‌های بالینی، تدوین و برنامه‌ریزی آموزشی نظام مند، ایجاد جو آموزشی بالینی مناسب تر به همراه ارائه اصول برخورد صحیح و مناسب با دانشجویان در بالین به خصوص برای دانشجویان اتاق عمل به منظور ارتقای سطح آموزش بالینی مدنظر تاکید دارد انطباق داشت (۱۳). برگزاری کارگاه‌های مشترک برای کارکنان دو مؤسسه و نیز اساتید علوم پایه و بالینی بر شناخت متقابل آنها از یکدیگر و اشراف بر وظایف و مسئولیت‌های متقابل کمک شایانی خواهد نمود. بهره‌مندی اساتید از پرداخت‌های عادلانه نقش مهمی در افزایش انگیزه آنها و ارتقاء آموزش در بخش پایه و بالینی خواهد داشت. توجه به رفاه فراگیران آنها در افزایش کیفیت یادگیری بسیار مؤثر می‌باشد. یکی از مأموریت‌های بیمارستان‌های آموزشی ارائه خدمات سلامت ایمن به بیماران می‌باشد. ایجاد تعادل بین آموزش و درمان و مراقبت از کیفیت و کمیت آموزش پزشکی همواره دغدغه مسئولین دانشکده پزشکی بوده و یکی از موضوعات مهم تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی برسرهمین موضوع است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های جوادی درخصوص

تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات

از آنجا که تعاملات حرفه‌ای در حوزه‌های مهم و حیاتی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی وجود دارد، تعیین دقیق وظایف و مسئولیت‌های دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در هریک از حوزه‌های هفتگانه و انجام شایسته آنها بسیار ضروری بوده که باعث تحقق سه هدف مشترک دو موسسه یعنی

آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت می‌گردد. تعدیل عوامل بازدارنده و تقویت عوامل پیشران در این تعاملات، گامی مهم در جهت ارتقاء سطح تعاملات می‌باشد. انجام شایسته تعاملات بین دو موسسه تربیت پزشکان‌ماهر، دستیابی به دستاوردهای جدید پزشکی و افزایش رضایت‌مندی بیماران را تسهیل می‌نماید.



## منابع

1. Bikdloo F and Rahnavard F, Measuring inter-organizational coordination and identifying the factors affecting it in public organizations. Management and Development Process.2017; 30(2):3-20
2. Lubas R.L, Bordeianu S, interaction between departments: Strategies for Improving Interdepartmental Collaboration through Communication, university of new mexico:2013; [https://digitalrepository.unm.edu/uills\\_fsp](https://digitalrepository.unm.edu/uills_fsp)
3. Hillman E,Paul J, Neustadt M, Reddy M, Wooldridge M, Dal L, et al,establishing a multi-institutional quality and pation safety consortium. Academic Medicine.2020;95(12):1864-1873
4. Abolhasani F,Sayyarifard A,Ghadirian L,Farshadi M,Rajabi F, Challenges of the relationship between the staff of the University of Medical Sciences and affiliated hospitals: a case Study of one of the universities located in Tehran. Journal of Healthcare Management. 2020; 11 (1):8-19
5. Safarani S, Ravaghi H, Raeissi P, Maleki M, Challenges and Opportunities Faced by Teaching Hospitals in the Perception of Stakeholders and Hospital System Managers. Education in Medicine Journal.2018; 10(4):9-21
6. Weiner,Bryan J.Organizational Models for Medical School–Clinical Enterprise Relationships, academic medicine.2001;76(2):113-124
7. Kolachalama,Vijaya B. and Garg,Priya S. machine learning and medical education.npj digital medicine.2018, 1:54 ; doi:10.1038/s41746-018-0061-1.
8. Mubuke A.G, Businge F, Mukule E. The Intricate Relationship Between a Medical School and a Teaching Hospital: A Case Study in Uganda. Health(Abingdon).2014;27(3):249-254
9. Karimi A,Nateghian A, Medical education and autonomy in teaching hospitals.Iranian Journal of Medial Education.2002;2:33-34
10. Mortazavi M,Sharifi Rad Gh,Mohebi S1399. Identification of qualitative factors affecting the quality of clinical education in hospitals of Saveh. Journal of Arak University of Medical Sciences.2020; 23(4):558-568
11. Tess A,Vidyarthi A, Yang J, Myers J. bridging the gap:a framework and strategies for integrating the quality and safety mission of teaching hospitals and graduate medical education. Academic Medicine.2015 ; 90( 9 ):1251-1257
12. Bolander Laksov k, Elmberger A, Liljedahl M, Björck E. shifting to team-based faculty development.higher education research & development.2020; 10
13. Jafarzadeh S,Fereidooni A,Khiali Z. et al. 1397. The quality of clinical education from the perspective of operating room students. Journal of Fasa University of Medical Sciences.2019; 8(4):1046-1055
14. Schwartzstein R, Huang G, Coughlin C.2008development and implementation of a comprehensive strategic plan for medical education at an academic medical center, Academic Medicine.2008;83(6):550-559
15. Sullivan,C.C,Qualitative Case Study of the Influence of American Medical Education's Structure, Governance, and Function on

- Curriculum Reform, Thesis .2018
16. Petersone M, Ketners K, Krievins D, Kreicberga I, Developing a Comprehensive Model for Forthcoming Reforms of University Hospitals Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development. 2019; 41(2): 97–112
  17. Lobo M, Ozcan Y, Estellita M, Cristina M, Fiszman S, Fiszman R, 2014, teaching hospital in brazil: Findings on determinants for efficiency, international journal of healthcare management. 2014; 7(1): 60-68
  18. Collins C, Gassett L, Silva G, best practices for affiliation agreements between health systems and universities healthcare financial management. 2018; 1-4
  19. Flanders S, Centor B, Weber V, McGinn, T, DeSalvo K, Auerbach, A. Challenges and Opportunities in Academic Hospital Medicine. Journal of Hospital Medicine. 2009; 4 ( 4): 240-246
  20. Ohta R, Ryu R, Katsube T, Moriwaki Y, Otani J, et al. strengths and challenges for medical students and residents in rural Japan, family medicine .family medicine .2021; 53(1): 32-38
  21. DeBoer S, Dockx J, Lam Ch, Shah Sh, Young G, Quesnel M, et al. Building successful and sustainable academic health science partnerships: exploring perspectives of hospital leaders, Canadian Medical Education Journal. 2019; 10(1): 59-67
  22. Sholl S, Ajjawi R, Allbutt H, Butler J, Jindal-Snape D, Morrison J, et al. Balancing health care education and patient care in the UK workplace: a realist synthesis, Medical Education published by Association for the Study of Medical Education and John Wiley & Sons Ltd. 2017; 51: 787–801
  23. Agreement between the university of western Ontario and hotei-dieu Grace Hospital. 2013
  24. Ziegelstein R.c, Creating Structured Opportunities for Social Engagement to Promote Well-Being and Avoid Burnout in Medical Students and Residents, Academic Medicine. 2018; 93(4): 537-539
  25. Keroack M, McConkie R, Johnson K, Gladys J, Thompson M, Functional alignment, not structural integration, of medical schools and teaching hospitals is associated with high performance in academic health centers, The American Journal of Surgery . 2011; 202: 119–126
  26. Pizzo Ph.A, Case Study: The Stanford University School of Medicine and Its Teaching Hospitals, Academic Medicine. 2008; 83(9) : 867/872
  27. Javadi Z, Arasteh H, Abbasian H, Abdollahi B, Designing a model for improving the quality of residency training in the implementation of the health system transformation plan, Journal of Research in Medical Education. 2020; 12(1): 24-35
  28. Al-Bouyeh M.R, Rezapour A, Meshkani Z, Alipour V, Soleimani Movahed M, Costs of training specialist assistants in a selected teaching hospital: A case study. Quarterly - Health-Based Research. 2019; 2: 117-130

## Determining the Domains, Inhibitory Factors and Driving Factors in Professional Interactions between Medical School and Teaching Hospitals, from the Perspective of Experts, Case: Iran University of Medical Sciences and Health Services

Abdollah Javadinejad<sup>1</sup>, Nadergholi Ghourchian<sup>2\*</sup>, Akhtar Jamali<sup>3</sup>

### Abstract

**Background and objective:** Medical schools and teaching hospitals cooperate in achieving the common goals of education, research and health services, which are in the form of policies, rules and regulations, memoranda. The purpose of this study is to determine the areas of professional interaction between medical schools and teaching hospitals. Determining the driving factors and inhibiting factors of these interactions was in Iran University of Medical Sciences.

**Methods and Materials:** The present study was conducted using a qualitative approach in 1400. The participants in this study were 16 experts from Iran University of Medical Sciences who had a background in management at the university. Data collection was done through semi-structured interviews and Thematic analysis method was used to analyze the interviews.

**Findings:** Reviewing previous research and analyzing interviews, professional interactions between medical school and teaching hospitals in 7 main areas including education and research, governance, budget and finance, human resources, health services, space and physical equipment and supply chain. , With 17 components, 22 inhibitory factors and 22 propellants, the results were extracted and summarized.

**Conclusion:** The complete identification of interactive areas between the medical school and teaching hospitals will create transparency, recognition of mutual duties and responsibilities and fill gaps, reduce tensions and synergy. The findings of the research indicated that the medical school and teaching hospitals In the field of education and research through educational planning, clinical training and research planning and development, in the field of governance in the components of supervision, accountability and structure, in the field of budget and financial affairs in the field of educational budget allocation and education costs, in the field of human resources regarding members Faculty, staff and learners have professional interactions in the field of providing health services regarding treatment protocols and treatment of patients, in the field of physical resources and equipment in the field of educational space and educational equipment, and in the field of supply chain regarding the provision of educational items and provision of educational services. Strengthening the driving factors of interactions and removing or adjusting the factors inhibiting interactions will improve the level of cooperation and coordination of the medical school and teaching hospitals and promote education, research and health services.

**Keywords:** Professional Interactions, Medical School, Teaching Hospital, Education, Treatment

1. PhD in Higher Education Management, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Iran

2\*. Corresponding author. Professor, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Iran  
Naghourchian@yahoo.com

3. Assistant Professor Iran University of Medical Sciences, Iran

## مسئولیت کیفری ناشی از انتقال ویروس کرونا از منظر فقه و حقوق

حسین اسماعیلی

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف این پژوهش، جرم انگاری انتشاردهندگان ویروس کرونا می باشد، شیوع بیماری کرونا و نبود قانونی مشخص در این خصوص جهت جرم انگاری و کیفر دادن رفتارهای سرایت دهنده آن باعث شده است تا پناه بردن به قوانین کیفری موجود مورد توجه قرار گیرد. این پژوهش در این زمینه تنظیم شده که به بررسی جرم انتشاردهندگان ویروس کرونا بپردازد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر به صورت توصیفی تحلیلی و اجتهادی انجام شده است. موضوعاتی مانند انتقال بیماری های واگیردار، قتل عمد، شبه عمد و محاربه قابل استناد به نظر می رسد، بعد از پذیرفتن جرم انگاری رفتارهای انتقال دهنده کرونا، این پرسش مورد واکاوی گرفته است که آیا در این حوزه نیازمند قانون خاصی می باشیم یا آن که استفاده از عناوین حقوق جزای فعلی کفایت می کند؟

**یافته ها:** آنچه که از متون دینی استخراج شده است نشان می دهد که اگر انتقال عمدی کرونا باعث مرگ مجنی علیه شود، قابل تعقیب خواهد بود و می توان انتقال عمدی کرونا را مصداقی از عنوان کیفری ذیل ماده ۱۸۳ ق.م.ا - محاربه و افساد فی الارض - به شمار آورد. به نظر می آید تصویب قانون مشخص می تواند بر واضح شدن عمل کرد حقوقی آن، بیافزاید. این پژوهش به بررسی عناوین کیفری متفاوتی پرداخته است.

**نتیجه گیری:** یافته های این پژوهش نشان داد اگر کرونا به عنوان ابزاری جهت کشتن دیگری مورد استفاده قرار گیرد، استفاده از عنوان کیفری قتل عمد میسر است. اگر بدون قصد کشتن و بدون آگاهی از وضعیت مسری بودن فرد صورت پذیرفته باشد، ولی وضعیت شخص به گونه ای است که توجه دارد حامل بیماری کرونا می باشد، ماده قانونی راه جلوگیری از بیماری های واگیردار مصوب مجلس رعایت می شود.

**کلمات کلیدی:** انتقال بیماری، جرم انگاری، کرونا، قتل عمد، محاربه

## مقدمه

یکی از بیماری‌های نو پیدای روزگار ما بیماری کرونا می‌باشد، که از بیماری‌های مسری و واگیردار محسوب می‌شود، باید برای انتقال‌دهندگان آن چاره اندیشی کرد، که کیفر انتقال‌دهندگان آن چه خواهد بود؟ از آن رو که این بیماری نوظهور است و قانون خاصی برای مجازات و کیفر دادن انتقال‌دهندگان آن به شکل عمد یا غیرعمد، بصورت مدونی وجود ندارد، باید از قوانین کلی استفاده کرد که کیفر دادن انتقال دهنده این بیماری، زیرمجموعه‌ای آن قوانین آورده شود، اگر کسی عالم باشد به این که حامل این ویروس است و دستورالعمل‌های بهداشتی را رعایت نکرده و باعث سرایت این بیماری به دیگران شده، مجازات می‌شود در صورت عمد و غیرعمد کیفر می‌بیند. اگر چه جرم‌انگاری رفتارهای انتقال دهنده کرونا بهترین راه مطلوب برای جلوگیری از گسترش آن بحساب نمی‌آید؛ اما در برخی شرایط به ویژه زمانی که بیمار با عمل عمدی خود سبب مبتلاشدن دیگری را فراهم می‌آورد رهگشا و دارای تأثیرخواهد بود، پس از قبول جرم‌انگاری رفتارهای انتقال دهنده کرونا، به نظر ما تصویب قانون خاص بر این موضوع می‌تواند به روشن شدن ابعاد فقهی و حقوقی آن کمک کند.

## پیشینه پژوهش

در ارتباط با بیماری‌های مسری همانند بیماری کرونا، پژوهش‌هایی انجام شده است که هر کدام این بیماری را از منظر خاصی مورد بررسی قرار داده‌اند به عنوان مثال؛ پژوهش (۱) شیوه مواجهه حقوق بین الملل با بحران ناشی از کرونا را مورد بررسی قرار داده که حقوق بین الملل تا چه حد برای مقابله با بحران‌های بین المللی و حفظ کرامت آدمیان کارآمد است. در مقاله‌ای دیگر (۲) با عنوان «هنجارهای حقوقی فقهی کرونایی مبانی مشروعیت هنجارها و خاستگاه کانونی هنجار سازان»، عنوان شده آنچه که به ستاد ملی کرونا مشروعیت بخشیده عمدتاً ضرورت و اضطرار است؛ عناوین ثانوی و برخی قواعد حاکم دیگر مثل قاعده لاضرر قواعد ثانویه هستند که باعث انعطاف پذیری

نظام‌های حقوقی با شرایط جدید می‌شوند، مدیریت کرونا اثبات کرده وحدت دولت برای اداره کشور یک ضرورت است. در پژوهشی دیگر (۳) نحوه عملکرد و مسئولیت دولت در جبران خسارت‌های ناشی از بحران کووید ۱۹ مورد بررسی حقوقی قرار گرفته است. احسانی فر در مقاله‌ی خود (۴) بیان کرده اقتضائات حاصل از قاعده مزبور در حوزه‌های فردی اجتماعی و حکومتی با دو رویکرد مطرح می‌شود، نخست دفع ضرر محتمل از خود و دیگری، دفع ضرر محتمل از دیگران. فیروزآبادی (۵) در پژوهش خود با توجه به مستندات فقهی قاعده تحذیر از فعالیت محذّرالغاء خصوصیت شده و نظریه کفایت عملیات تحذیر، از جانب هر کسی در رفع ضمان پذیرفته شده است. در مجموع مقاله حاضر از نظر فقهی و حقوقی بیماری‌های مسری مانند کرونا را مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است، دیدگاه فقها و حقوق دانان را بیان کرده، با استناد به قواعد کلی از قبیل عنوان محاربه، قتل عمد، وشبه عمد و باتوجه به روایات وارد شده از طرف معصومین (علیهم السلام) نسبت به بیماری‌های مسری که در زمان آنان بوده است، و دستوراتی که برای آن بیان کرده‌اند، و هم از نظر قوانین مصوبه مجلس شورای اسلامی، قوانین قدیم و جدید، و جرم‌های حد فساد در زمین، مورد بررسی قرار گرفته است، بنظر می‌رسد در نوع خود نوعی جامع‌نگری در آن نسبت به مقالات یاد شده، وجود داشته باشد. در ماده ۲۲ قانون شیوهی جلوگیری از بیمارهای آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۱ خرداد ۱۳۲۰ مشخص شده: «اشخاصی که مانع اجرای مقررات بهداشتی می‌شوند یا در اثر غفلت باعث انتشار یکی از بیماری‌های واگیردار می‌شوند به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال و یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند». در سال ۱۳۲۰ بیماری واگیرداری در جامعه فراگیر شده بوده که قانون‌گذار آن زمان برای جلوگیری از شیوع آن و مقابله با انتشار دهندگان، جرم انگاری کرده است اکنون مساله این است آیا قانون مذکور نسخ شده یا خیر؟ در پاسخ باید بررسی شود که آیا با تصویب قوانین جدید، قانون قبلی نسخ شده است یا خیر؟ در قانون تدوین مصوب ۲۵ خرداد ۱۳۸۹ و دستورالعمل اجرائی

آن مصوب ۱۰ مرداد ۱۳۸۹، قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۱ خرداد ۱۳۲۰ جزء قوانین نسخ شده به حساب نیامده است. در سال ۱۳۴۶ و با اصلاحات بعدی آن قانون‌گذار به منظور جلوگیری از آلوده کردن و فساد و ارتکاب تقلب در مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی، جرم انگاری کرده که موضوع این قانون هم منصرف از موضوع قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های واگیر دار مصوب ۱۳۲۰ بوده که نسخ ضمنی از آن برداشت نمی‌شود، در سال ۱۳۷۴ به جهت مبارزه با آلوده‌کنندگان هوا از راه وسائل نقلیه و کارخانه‌ها و کارگاه‌ها هم قانون‌گذار جرم انگاری کرده که موضوع این قانون با قانون موضوع بحث منصرف بوده و از این قانون هم نسخ ضمنی برداشت نمی‌شود؛ در ماده ۶۸۸ قانون تعزیرات مصوب ۱۳۷۵ مشخص شده است: «هر اقدامی که تهدید علیه بهداشت عمومی شناخته شود از قبیل آلوده کردن آب آشامیدنی، یا توزیع آب آشامیدنی آلوده، دفع غیر بهداشتی فضولات انسانی و دامی و مواد زاید، ریختن مواد مسموم کننده در رودخانه‌ها، زباله در خیابان‌ها و کشتار غیر مجاز دام، استفاده غیر مجاز فاضلاب خام یا پساب تصفیه خانه‌های فاضلاب برای مصارف کشاورزی ممنوع می‌باشد و مرتکبین چنانچه طبق قوانین خاص مشمول مجازات شدیدتری نباشند؛ به حبس تا یک سال محکوم خواهند شد» (۶). در تبصره ۱ ماده ۶۸۸ اصلاحی مصوب ۱۳۷۶ مقرر گردیده تشخیص اقدام علیه بهداشت عمومی بعهده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است برای تحقق جرم مذکور شروط زیر لازم است:

۱. اقدامات و اعمال باید تهدیدآمیز باشد، یعنی نیاز به تحقق نتیجه نیست.
۲. با توجه به افعال متعددی که در تمثیل‌های ماده ۶۸۸ ذکر شده این اقدامات و افعال باید عالمانه و عامدانه باشد.
۳. اقدامات تهدید آمیز باید علیه «بهداشت عمومی» شناخته شود.
۴. وفق تبصره یک ماده ۶۸۸ «تشخیص» اقدامات علیه بهداشت عمومی با «وزارت بهداشت» است.

حال آن که در ماده ۲۲ قانون روش جلوگیری از بیماری‌های واگیردار، برای تحقق این جرم صرف تحقق «غفلت» در انتشار

بیماری واگیر دار کفایت می‌کند. غفلت در حقوق جزا به مفهوم بی احتیاطی و بی‌مبالاتی در رفتار است و قانون‌گذار به علت اهمیت موضوع مال یا جان مورد حمایت، صرف تحقق «غفلت» در از بین رفتن آن را برخلاف عمده جرائم که تحقق آن منوط به وجود سوء نیت عام و فعل عامدانه است، کافی دانسته است. (مانند جرم ۵۹۸ اهمال در تضییع اموال دولتی) این جرم می‌تواند توسط شخص حقیقی و حقوقی واقع گردد و نیز می‌تواند علیه سلامت و بهداشت فرد خاص یا اعضای جامعه محقق گردد و عمومی بودن آن شرط تحقق جرم نیست. در نهایت این که تشخیص محقق شدن غفلت در انتشار بیماری واگیردار بعهده وزارت بهداشت نیست چه بسا وزارت بهداشت ممکن است متهم غفلت در انتشار بیماری واگیردار باشد خلاصه ماده ۶۶۸ قانون تعزیرات در مقام نسخ ضمنی ماده ۲۲ قانون موصوف نیست. در ماده ۳ قانون وصول برخی درآمدهای دولت مصوب ۱۳۷۳ مقرر گردیده محاکم مکلفند بجای مجازات کمتر از سه ماه حبس از مجازات جزای نقدی استفاده کنند و الزام به استفاده از مجازات‌های جایگزین زندان به مفهوم نسخ ضمنی قانون موصوف نیست. حال باید بررسی گردد که آیا قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ قانون جلوگیری از بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰ را نسخ ضمنی کرده است یا خیر؟ در ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، مجازات‌ها به چهار قسم: حد، قصاص، دیه و تعزیر تقسیم شده است در بند «پ» ماده ۲۹۱ قانون موصوف یکی از مصادیق «جنایت شبه عمدی» را چنین تعریف کرده است: «هرگاه جنایت به سبب تقصیر مرتکب واقع شود مشروط بر این که جنایت واقع شده مشمول تعریف جنایت عمدی نباشد». در ماده ۴۹۳ قانون مجازات اسلامی مقرر شده است: «وجود فاصله زمانی، میان رفتار مرتکب و نتیجه ناشی از آن، مانع از تحقق جنایت نیست مانند فوت ناشی از انتقال عامل بیماری کشنده، که حسب مورد موجب قصاص یا دیه است. حکم این ماده و (ماده ۴۹۲) این قانون در مورد کلیه جرائم جاری است. با ملاحظه صراحت مواد مذکور اگر در اثر «تقصیر» شخصی، فرد یا افرادی مبتلا به ویروس کرونا شده و موجب

«محاربه» و یا «افساد فی الارض» به حساب آورد، اما موضوعی که مورد توجه است مربوط به وضعیتی است که شخص یا گروهی، با شیوع ویروس کرونا و پخش آن در بین مردم، تلاش در رفتارکردن کشور به این بیماری مسری داشته و هدفی جز اخلال در امنیت عمومی جامعه اسلامی را ندارند. این گونه کارها که ممکن است با انگیزه تضعیف حاکمیت نظام اسلامی و به وجود آوردن مشکلات فراوان و یا به انگیزه سود و تجارت به وجود آید می‌تواند از راه‌های متفاوتی صورت گیرد. در این گونه موارد این سؤال پیش می‌آید که آیا می‌توان این گونه افراد را در صورتی که بطور عمد اقدام به این عمل می‌کنند از این جهت که «محارب» و یا «مفسد فی الارض» هستند مجازات کرد یا نه؟ در قانون مجازات اسلامی، باب هفتم از کتاب حدود، با عنوان «محاربه» و «افساد فی الارض» ماده ۱۸۳ ق.م.ا بیان شده است: «هر کس که برای ایجاد رعب و هراس و سلب آزادی و امنیت مردم، دست به اسلحه ببرد، محارب و مفسد فی الارض می‌باشد».

### بررسی فقهی

برخی از فقها از جمله شهید اول، مرحوم عاملی، و مرحوم کاشف الغطاء صاحب جواهر که نظر آنها در ادامه بحث خواهد آمد، بحثشان را در این موضوع ذیل آیه «انما جزاء الذین یحاربون الله و رسوله و یسعون فی الارض فسادا...» (مأئده، ۳۳) بیان کرده‌اند. «محاربه» بر وزن مفاعله و از ریشه «حرب» به معنای نبرد و جنگ است راغب در مفردات الفاظ القرآن آورده: «الحرب السلب فی الحرب ثم قدیسمی کل سلب حربا...» (۷). جنگ به معنای نیستی است؛ گاهی هرنیستی و نابودی جنگ، محراب را از این جهت محراب نامیده‌اند که محل جنگ باشیطان است؛ معنای اصطلاحی آن نیز بی‌ارتباط با معنای لغوی آن نیست. این اصطلاح در بین فقها دارای معنای مشخصی است. شهید اول در کتاب لمعه می‌فرماید: «محاربه به معنای کشیدن اسلحه در خشکی یا دریا، در شب یا روز، در شهر یا خارج از شهر، به واسطه زن یا مرد، به جهت ترساندن مردم. چه کشیدن اسلحه به وسیله فرد ضعیفی باشد و یا قوی» (۸). طبق نظر فقها، عنوان «محاربه» در جایی

فوت یا نقص عضو یا منافع شخص یا اشخاصی گردد، مرتکب مقصر، مسئول جبران دیه فوت یا نقص عضو یا منافع شخص یا اشخاص مبتلا به ویروس کرونا می‌باشند بنظر می‌رسد مطابق قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ اگر غفلت در انتشار ویروس کرونا موجب تحقق جنایت علیه نفس و نقص در اعضا و منافع شخصی گردد، در این صورت قانون مجازات اسلامی موجب نسخ ضمنی ماده ۲۲ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰ گردیده و در غیر آن یعنی اگر موجب جنایت نگردد ولی شخصی را مبتلا کرده و گرفتار معالجه و درمان آن نماید، مطابق قانون موصوف قابل تعقیب کیفری و مجازات است و بابت هزینه‌های متعارف معالجه و درمان آن مقصر مسئول جبران آن می‌باشد. با عنایت به قوانین استنادی بویژه ماده ۲۲ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های واگیر دار مصوب ۱۳۲۰ و مواد ۲۹۱ و ۴۹۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ اگر اشخاصی با غفلت خویش موجب ورود ویروس کرونا شده و یا اینکه با علم به ابتلای فرد یا شهری در پیشگیری و جلوگیری از شیوع آن علی رغم داشتن وظیفه قانونی کوتاهی و غفلت کرده‌اند و یا شخصی علی رغم علم و اطلاع به ابتلای ویروس کرونا بعثت غفلت در پیشگیری آن موجب تلف جان و مال مردم شده است، علاوه بر مسئولیت کیفری شخصی که عامل بیماری کشنده بوده، سایر اشخاص مذکور نیز به عنوان مسئولین حفظ سلامت بهداشت افراد و جامعه مستوجب تعقیب کیفری و جبران خسارات وارده به مبتلایان ویروس کرونا هستند. البته مجازات مندرج در ماده ۲۲ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰ با توجه به وسعت زیان‌بار بودن ویروس کرونا در جامعه امروزه، مناسب مرتکبین آن نبوده و پیشنهاد می‌گردد نمایندگان مجلس نسبت به اصلاح قانون مذکور در راستای حفظ سلامت و بهداشت جامعه اقدام نمایند.

### جریمه‌های حدی

### فساد در زمین

در حالت عادی شاید نتوان انتقال ویروس کرونا را مصداق کار

صدق می‌کند که کار شخص باعث اختلال در امنیت حکومت اسلامی و از بین رفتن نظم جامعه گردد. علامه طباطبایی در تفسیر المیزان، ذیل بحث در آیه ۳۳ سوره مائده، در این رابطه بیان می‌فرماید: «...منظور از «محاربه» و فساد به گونه‌ای که از ظاهر آیه بر می‌آید اختلال در امنیت جامعه است شامل چاقو کشی نمی‌شود که بر روی فرد مشخصی چاقو کشیده است و او را تهدید می‌کند. برای آن که امنیت جامعه زمانی دچار مشکل می‌شود که ترس عمومی و ناامنی بجای امنیت قرار گیرد» (۹). پس در مجموع می‌توان گفت که محارب کسی است که به گونه‌ای، به نبرد با حکومت اسلامی و ایجاد اختلال در امنیت عمومی پرداخته است. به نظر بعضی از اساتید منظور از اسلحه در ماده ۱۸۳ ق.م.ا آن چیزی است که برای جنگیدن به کار رود و در معنای آن نیز باید به عرف مردم رجوع کرد. عرف نیز سلاح را اعم از سرد و گرم می‌داند. براساس این نظر وسایلی هم چون عصا، بیل، سنگ، داس، آتش زدن و ادویه جاتی مانند فلفل و اعمالی مثل اخذ بالقوه از شمول عنوان اسلحه و در نتیجه «محاربه» خارج می‌شوند (۱۰). پس در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که محارب کسی است که به گونه‌ای، به نبرد با حکومت اسلامی و ایجاد اختلال در امنیت عمومی پرداخته است یکی از مصادیق آن می‌تواند انتشار بیماری‌های واگیردار در جامعه مانند بیماری کرونا باشد.

### بررسی حقوقی

در جمع بندی و با توجه به بحث‌های مطرح شده و با عنایت به مواد قانونی ذکر شده، به نظر می‌رسد که می‌توان حکم مسأله را در موضوع مورد بحث یعنی انتشار عمدی ویروس کرونا جاری دانست. که اگر فرد یا گروهی جهت برهم زدن امنیت عمومی و اختلال در نظم اجتماعی و تضعیف حکومت اسلامی، فضای ترس و وحشت را در جامعه ایجاد کنند، مجازات چنین اشخاصی از جهت محارب و مفسد فی الارض صحیح می‌باشد آن چه که بطور یقین باید گفت این که قید «تجريد السلاح» در آیه «انما جزاء الذین یحاربون الله و رسوله...» که دلیل فقها در بحث «محاربه» قرار گرفته است، بیان نشده و

توجه به آن به دلیل روایات وارد شده در تفسیر این آیه می‌باشد، شهید ثانی نیز در کتاب شرح لمعه بعد از تعریف محارب می‌فرماید: «شرط ظاهر کردن اسلحه بجهت صادق بودن عنوان محاربه تنها به دلیل پیروی از روایاتی است که در آن‌ها به این موضوع اشاره شده است و گرنه بهتر آن است که ظاهر کردن اسلحه برای محقق شدن محاربه شرط به بحساب نیاید». این بیان شهید ثانی به این جهت است که قید سلاح و اعتبار آن به پیروی از روایت است که در آن این گونه وارد شده باید بگوئیم که بهتر این است که در محقق شدن «محاربه»، ظاهر کردن اسلحه معتبر نیست و به تعبیر دیگر وجود سلاح هیچ نقشی ندارد (۱۱). علامه حلی نیز در کتاب «قواعد الاحکام» این نظر را بیان کرده است (۱۲). با توجه به اینکه انتشار دهندگان بیماری‌های مسری از جمله کرونا قصد گرفتار کردن دیگران را دارند اگر قصد عمدی داشته باشند؛ مصداق محارب و مفسد فی الارض را پیدا کرده همان مجازاتی که برای آنان مقرر شده در قانون برای این موارد هم می‌توان اعمال کرد. اگر فردی بداند کرونا دارد، براساس نظر پزشک نیاز به بستری شدن داشته باشد، از بستری شدن خودداری کند یا افرادی از تزریق واکسن اجتناب خودداری کنند، یا کسانی که در فضای مجازی تبلیغ عدم تزریق می‌کنند، یا شایعه پراکنی می‌کنند، یا تاخیر دولت در ورود واکسن، که باعث مرگ افرادی شود، در صورتی که عمدی باشد این کارها، هم باید مجازات شوند؛ به عنوان قتل عمد هم باید خساراتی که از این جهت متوجه آسیب دیده شده است، را جبران کنند. ولی اگر این موارد ذکر شده سهوی بوده مجازاتی از قبیل اعدام متوجه او نمی‌شود ولی باید خساراتی که از طرف متوجه آسیب دیده شده است را بپردازد طبق قاعده اقدام. «هرگاه فردی با آگاهی کاری را انجام دهد که باعث ورود زیان توسط دیگران به او گردد وارد کننده زیان که شخص دیگری است مسؤول خسارت نخواهد بود. فقهاء عدم مسوولیت وارد کننده زیان را مستند به اقدام وی دانسته‌اند» (۱۳). از این قاعده در فقه به عنوان «قاعده اقدام» یاد می‌شود. در جایی که شخص بصورت عمد و علم خود

«هرکس بدون مجوز قانونی .... فعلی انجام دهد که موجب زیان دیگری شود، ضامن است». لیکن در حالتی که فعل مشروع باشد نظیر دفاع مشروع، در صورتی که سبب خساراتی گردد، مسئول خسارت نمی‌باشد با همان گونه که ماده ۱۵ قانون مسئولیت مدنی نیز به آن صحه می‌گذارد.

**رابطه سببیت:**

صرف وجود ضرر و ارتکاب عمل نامشروع سبب جبران خسارت نمی‌گردد و باید میان ضرر وارده، عامل و فعل زیان بار، رابطه سببیت احراز گردد. به نحوی که عرف نیز به آن شهادت دهد.

۲. اگر انتقال عمدی کرونا باعث مرگ مجنی علیه نشود ولی منجر به بستری وازکار افتادگی اوشودتکلیف چیست؟ ماده ۳۲۸ قانون مدنی، که عامل زیان را چه در ایجاد خسارت تقصیر نداشته یا داشته باشد، مسئول و ضامن جبران خسارت تلقی می‌کند، می‌توان ماده مذکور را بر اساس نظریه‌ی خطر، تفسیر نمود. به موجب نظریه خطر، جهت مسئول تلقی کردن فرد، احتیاجی نیست که در انجام عمل خسارت بار، مرتکب تقصیری گشته باشد، بلکه همین که از عمل خطر آفرین وی خساراتی به وجود آید، چه در انجام آن عمل مرتکب تقصیر گشته شده یا نگشته باشد، مسئول بوده و باید خسارت وارده را جبران نماید.

۳. اگر انتقال ویروس باعث مرگ مجنی علیه شود آیا فرد انتقال دهنده مجازات می‌شود؟

#### - نظریه تضمین حق

بر اساس نظریه مذکور، هر فرد در جامعه حق دارد که ایمن و سالم زندگی نماید و از اموال خود سود جوید. این حق به سبب مقررات که حمایت شده است و ضمانت اجرای حمایت مذکور، مسئولیت مدنی متجاوز می‌باشد؛ همه وظیفه دارند که به حقوق سایرین احترام گذارند و ایمنی سایرین را به خطر نیندازند. همین که حقی زایل شود، باید به وسیله تلف کننده آن جبران گردد (۱۵).

۱. اگر انتقال کرونا بدون قصد کشتن و با آگاهی از وضعیت انتقال دهنده بودن فرد صورت پذیرفته باشد، تکلیف چیست؟

باعث مرگ خویش را فراهم آورده و یا انجام آن را بواسطه فردی دیگر فراهم آورد، همین موضوع جاری است. فقها در بیان این موضوع از مثال دادن غذای مسموم به مجنی علیه استفاده می‌کنند. صاحب جواهر در این مورد می‌فرماید: «اگر شخصی در مقابل دیگری غذای مسمومی را قرار دهد که سم موجود در آن کشنده باشد و فرد، قصد کشتن او را داشته یا آن‌که خوردن غذا باعث بیماری او شده و به واسطه آن بمیرد، اگر مصرف کننده ممیز و هر چند غیر بالغ، از وجود سم در غذا آگاه باشد در این صورت بدون هیچ‌گونه تردیدی، فقها حکم به جایز نبودن قصاص یا دیه برای تقدیم کننده غذا صادر کرده‌اند علت چنین حکمی این است که مصرف کننده با علم به مسموم بودن غذا و بعد خوردن آن، خود مباشر قتل خود بحساب می‌آید نه تقدیم کننده غذا، این کار مانند آن است که کسی چاقویی را به دیگری بدهد تا او خودش را بکشد که در این صورت فقط مباشر قاتل بحساب می‌آید» (۱۴).

#### سوالاتی در این جا قابل طرح است که باید به آنها پاسخ داده شود.

۱. آیا می‌شود از خروج بیمار مبتلا به کرونا از مراکز درمانی و قرنطینه به صورت ترخیص با رضایت او جلوگیری کرد؟

**- ارکان مسئولیت مدنی**

مسئولیت مدنی در اصل ناشی از بی‌مبالاتی افراد است اما جهت تحقق مسئولیت مدنی وجود سه رکن لازم می‌باشد.

#### ۱) وجود ضرر:

هدف از مقررات مسئولیت مدنی، جبران زیان است بنابراین وجود زیان به شکل طبیعی مقم بر جبران آن می‌باشد. در ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی در این خصوص چنین مقدر گشته است. «هرکس بدون مجوز قانونی ..... لطمه‌ای وارد کند که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد».

#### ۲) ارتکاب فعل زیان بار یا نامشروع:

ایراد ضرر به دیگری باید با فعل نامشروع صورت گیرد، تا قابل جبران گردد، در این خصوص نیز ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی مقرر کرده است:

در ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، مجازات‌ها به چهار قسم: حد، قصاص و دیه و تعزیز تقسیم شده است. در بند «پ» ماده ۲۹۱ قانون موصوف یکی از مصادیق «جنایت شبه عمدی» را چنین تعریف کرده است: «هرگاه جنایت به سبب تقصیر مرتکب واقع شود مشروط بر این که جنایت واقع شده مشمول تعریف جنایت عمدی نباشد». در ماده ۴۹۳ قانون مجازات اسلامی مقرر شده است: وجود فاصله زمانی، میان رفتار مرتکب و نتیجه ناشی از آن، مانع از تحقق جنایت نیست مانند فوت ناشی از انتقال عامل بیماری کشنده، که حسب مورد موجب قصاص یا دیه است. حکم این ماده و (ماده ۴۹۲) این قانون در مورد کلیه جرائم جاری است. با ملاحظه صراحت مواد مذکور اگر در اثر «تقصیر» شخصی، فرد یا افرادی مبتلا به ویروس کرونا شده و موجب فوت یا نقص عضو یا منافع شخص یا اشخاص گردد، مرتکب مقصر، مسئول جبران دیه فوت یا نقص عضو یا منافع شخص یا اشخاص مبتلا به ویروس کرونا می باشند. بنظر می رسد وفق قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ اگر غفلت در انتشار ویروس کرونا موجب تحقق جنایت علیه نفس و نقص در اعضا و منافع شخصی گردد، در اینصورت قانون مجازات اسلامی موجب نسخ ضمنی ماده ۲۲ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰ گردیده و در غیره آن یعنی اگر موجب جنایت نگردد ولی شخصی را مبتلا کرده و گرفتار معالجه و درمان آن نماید، مطابق قانون موصوف قابل تعقیب کیفری و مجازات است و بابت هزینه های متعارف معالجه و درمان آن مقصر مسئول جبران آن می باشد.

### اسباب برطرف کننده مسئولیت کیفری بوجود آمده

#### از انتقال کرونا با استناد به قواعد فقهی موجود

ازجمله ادله که می‌توان برای این موضوع آورد تعدادی از قواعد فقهی است از جمله:

#### قاعده «وجوب دفع ضرر محتمل»

«وجوب دفع ضرر محتمل» از قواعد عقلی است، که آن عبارت است از دفع ضرر محتمل یا مظنون با توجه به اینکه این قاعده

یک حکم عقلی و در زمره مستقلات عقلیه است، مانند دیگر قواعد عقلی آبی از تخصیص و تقیید است (۱۶). واژه «دفع» در قاعده وجوب دفع ضرر محتمل گویای آن است که ماده «ضرر» را پیش از آنکه مقتضی ضرر بتواند در ایجاد مقتضا اثرگذار بایند قلع کرد، نه آن که پس از ایجاد ضرر به رفع آن اقدام کرد. تفاوت دو واژه «دفع» و «رفع» در همین نکته است. دفع جلوگیری کردن از حدوث مقتضاست و رفع جلوگیری کردن از بقا و استمرار مقتضا- پس از حدوث مقتضا- می‌باشد (۱۷). درمتون فقهی رفع منکر واجب دانسته شده است (۱۸). مقتضای دفع در قاعده مزبور آن است که از اصل سرایت بیماری مسری جلوگیری شود و دلیل اصلی این قاعده بستن راههای انتقال و جلوگیری از سرایت است هر کاری که احتمال سرایت بیماری است براساس قاعده باید ممنوع شود. در این موضوع اگر فردی اقدام به کاری کند و طرف را از بیماری واگیردار خود با خبر کند ولی مجنی‌علیه با علم به موضوع، آگاهانه به استقبال خطر رفته و در نتیجه، اسباب ابتلاء خود را فراهم نماید، آن‌گاه می‌توان بنا بر قاعده اقدام، عمل فرد را اضرار به خود و اتلاف نفس خویش به شمار آورد. زیرا مباشر در اینجا سبب مؤثر در مرگ خویش بوده و در حقیقت او است که قاتل خود به شمار می‌آید. «اما آیا می‌توان عمل فرد نخست را از جهت تسهیل در مرگ مجنی‌علیه مصادق معاونت در قتل به شمار آورده و او را به مجازات مقرر برای معاون محکوم نمود؟ به نظر پاسخ به این سؤال منفی می‌باشد. اصولاً معاونت به تبع جرم اصلی مطرح می‌گردد و از آن‌جا که خودکشی در قانون مجازات اسلامی جرم نیست، بنابراین تصور معاونت نیز در آن امکان پذیر نمی‌باشد» (۱۹). در اینجا لازم است به برخی از روایات اشاره شود که منع می‌کنند افرادی را که اگر دارای بیماری مسری هستند از خانه بیرون بروند، این دلیل برکار حرام می‌باشد، که مرتکب آن مجرم است که باید به تناسب جرم ارتكابی مجازات شود. این روایات تأیید کننده اجرای قاعده وجوب دفع ضرر محتمل در مسدود کردن راههای انتقال بیماری می‌باشند. «قال رسول الله: (صلى الله عليه و آله) «لا یورد ممرض علی

مصحح پیامبر اکرم فرمود: ناقل بیماری بر شخص سالم وارد نمی‌شود. عن اسامه بن زید قال قال النبی: (صلی الله علیه و آله) «طاعون رجزارسل علی بنی اسرائیل اوعلی من کان قبلکم فاذا سمعتم به بارض فلا تقدموا علیه و اذا وقع بارض وانتم بهافلاتخرجوا فرارا منه» اسامه بن زید نقل می‌کند که پیامبر فرمود: طاعون عذابی است که بر بنی اسرائیل یا بر پیشینیان شما فرستاده شد پس هنگامی که از ورود طاعون به سرزمینی باخبر شدید با آنجا قدم نگذارید و هنگامی که در سرزمینی بودید که طاعون در آن وارد شد برای فرار از ابتلاء به طاعون از آن سرزمین خارج نشوید» (۲۰). علی بن جعفر فی کتابه عن اخیه موسی (علیه السلام) قال: «سالتہ عن الوباء یقع فی الارض هل یصلح للرجل ان یهرب منه مالم یقع فی مسجدہ الذی یصلی فیہ فاذا وقع فی اهل مسجدہ الذی یصلی فیہ فلا یصلح له الهرب منه». علی بن جعفر از برادرش امام کاظم (علیه السلام) چنین پرسشی را می‌نماید: سؤال کردم آیا انسان می‌تواند از شهر محل وقوع و با فرار کند؟ امام پاسخ می‌دهند تا زمانی می‌توانند از شهر وقوع و با فرار کنند، که و با در مسجدی که در آن نماز می‌خواند واقع نشده باشد و اگر در میان نمازگزاران مسجدی که شخص در آن نماز می‌خواند و با واقع شود شخص صلاحیت فرار از آن شهر را ندارد (۲۱). روایات اجازه خروج از شهر را به شخصی که بیماری مسری در محل اقامتش شایع شده نمی‌هد. این حکم به آن دلیل است که احتمال انتقال این ویروس به دیگران وجود دارد، و در نتیجه سبب انتشار این ویروس می‌گردد و این ضرری است که قاعده دفع ضرر محتمل، نهی از خروج را به وجود آورده است. و کسی که از آن تخلف کند و سبب آلوده کردن جامعه به ویروس را فراهم کند، یک جنایت بزرگ انجام داده است.

### قاعده لاضرر

قاعده لاضرر به معنی نفی مشروعیت هر گونه ضرر و اضرار در اسلام است (۲۲). از این قاعده با نام‌های دیگری از قبیل قاعده ضرر و ضرار، قاعده لاضرر و لاضرار و قاعده نفی ضرر نیز تعبیر می‌شود. قاعده لاضرر از قواعد مشهور فقهی است که در بیش‌تر

ابواب فقه کاربرد دارد و محتوا و مضمون آن بر این معنی استوار است که ضرر در اسلام مشروعیت ندارد و هرگونه حکمی که متضمن ضرر بر خود یا دیگران باشد در اسلام نفی شده است. برای اثبات این قاعده به ادله قرآنی، روایی و عقلی، استدلال شده است. بر اساس این قاعده، هیچ کس حق ندارد به دیگری ضرر وارد کند؛ اگرچه این اضرار برای اعمال حق خویش باشد. همچنین بر اساس برخی نظرات فقهی در مدلول این قاعده هیچ ضرری نباید جبران نشده باقی بماند؛ چراکه نتیجه نفی حکم در قاعده لاضرر، جبران خسارت در ورود ضرر است. عدالت نیز اقتضای جبران ضرر ناروا را دارد، بنابراین می‌توان این قاعده را پایه و اساس جبران خسارت در فقه اسلام و حقوق ایران و ابزار اجرای عدالت دانست در موضوع بحث این جستار نیز داشتن ارتباط با دیگران در صورتی که بیماری ویروسی واگیردار داشته باشد، چنان چه منجر به ورود زیان به دیگران شود و به جان یا سلامت او خسارتی وارد سازد، موجب ضمان ناقل خواهد بود و مطابق با قاعده مذکور نمی‌توان در اصل مسئولیت او تشکیک کرد. براساس واقعیت‌های عینی در جهان و ایران فراگیری و شیوع گسترده این ویروس موجب بیماری وفوت افراد بسیاری شده است و در کنار تلاش‌های شبانه روزی محققین و کادرهای درمانی همچنان بهترین وسیله برای کنترل این ویروس خطرناک، قطع زنجیره و رعایت فاصله اجتماعی عنوان شده که مستلزم اعمال محدودیت در فعالتهای اجتماعی و اقتصادی است لذا دولتها من جمله دولت ایران اسلامی به منظور کنترل و مهار این بیماری محدودیت‌هایی را بر شهروندان تحمیل کرده‌اند که موجب تعطیلی مکاسب مختلف شده است، اما این امر خود باعث آسیب به وضعیت معیشتی طبقات متوسط و پایین جامعه می‌گردد. همچنین نمی‌توان از خسارت‌های معنوی این محدودیتها که گاهی از آن به حبس خانگی تعبیر می‌شود غافل شد. در نتیجه در جانب اعمال محدودیت‌ها نیز پای قاعده لاضرر پیش کشیده می‌شود که فرمان به رفع محدودیت‌ها می‌دهد. اینجاست که این وضعیت را باید از زاویه تراحم و براساس قواعد حاکم بر شرایط تراحم حل کرد.

تزامم بین وظیفه حفظ حیات و سلامتی شهروندان از یک طرف با نفی ایراد ضرر اقتصادی حاصل از محدودیت‌ها بر بسیاری از صاحبان مشاغل از طرفی دیگر که در مرحله اجرا قابل جمع نیستند به این معنی که دولت نمی‌تواند هم زمان به هر دو عمل کند. بر اساس یافته‌های علم اصول در چنین تنگناهایی باید به مرجحات باب التزام مراجعه کرد یعنی اموری که موجب ترجیح و تقدم یک دلیل التزام بر دیگری می‌شود. این مرجحات راهنما هستند و کمک می‌کنند تا یکی را برای اجرا انتخاب کرد یکی از مرجحات باب التزام مقدم بودن احکام مربوط به حفظ جان انسانها بر حفظ مال آنان است (۲۳). چنان که قانونگذار نیز در ماده ۱۵۲ قانون مدنی همین اسلوب را در پیش گرفته تشخیص اولویت سلامتی و جان بر ضررهای مالی امری بدیهی است که عرف عموم مردم پذیرای آن هستند با این وجود در مواردی هم که احتمال اهم بودن یکی از دو حکم التزام وجود داشته باشد عقلاً باید جانب احتیاط را مراعات نموده و آن را مقدم کرد. به علاوه که هر گونه سهل انگاری یا عمد در انتقال این بیماری خود یکی از عوامل طولانی شدن محدودیتها و بالتبع ایراد ضررهای متعدد مالی و غیر مالی آحاد جامعه بویژه صاحبان مشاغل می‌شود و به بحران‌های اقتصادی دامن می‌زند که طبق ترجیح این قاعده در حوزه سلامت شهروندان نفی شده است، و بنا بر دیدگاه برخی فقها مانند شیخ الشریعه و صاحب ریاض شخص ضامن جبران خسارات وارده نیز خواهد بود. بی‌تردید عقلاء عامل زیان را مسئول جبران خسارات جانی و مالی می‌دانند.

### نتیجه‌گیری

جرم‌انگاری رفتارهای انتقال دهنده ویروس کرونا، و تصویب

قانونی مشخص در این ارتباط امری لازم و ضروری است. هم اکنون و در نبود وجود قانونی خاص برای مجازات کردن رفتارهای انتقال دهنده کرونا، می‌شود از عنوان‌های حقوق جزای فعلی استفاده کرد. در این بین اگر انتقال کرونا باعث مرگ مجنی علیه شود، طبق مقررات مربوط به قتل عمد قابل تعقیب خواهد بود و اگر کرونا به عنوان ابزاری جهت کشتن دیگری مورد استفاده قرار گیرد، ولی نتیجه آن، خارج از اراده فاعل آن محقق نشود، استفاده از عنوان کیفری شروع به قتل عمد میسر است. اگر انتقال کرونا بدون قصد کشتن و بدون آگاهی از وضعیت انتقال دهنده بودن فرد صورت پذیرفته باشد، ولی وضعیت شخص به گونه‌ای است که باید توجه داشته باشد که داری بیماری کرونا می‌باشد و یا احتمال ابتلا به این بیماری را دارد، ماده قانونی راه جلوگیری از بیماری‌های واگیردار مصوب مجلس شورای ملی رعایت می‌شود. هم‌چنین بنا بر آنچه بیان شد این نتیجه به‌دست می‌آید که می‌توان انتقال عمدی کرونا را مصداقی از عنوان کیفری ذیل ماده ۱۸۳ ق.م.ا - محاربه و افساد فی الارض - به شمار آورد با توجه به مباحث بیان شده پیشنهاد می‌شود که قانون‌گذار به مسائل حقوقی و اجتماعی مربوط به انتقال کرونا توجه نشان دهد. در این راستا نگاه قانون‌گذار به این موضوع، باید پیش از هر چیزی، نگاهی براساس توجه به بهداشت باشد. از این جهت قرار گرفتن مباحث همسو، ذیل مقررات مربوط به بهداشت عمومی پیشنهاد می‌گردد. البته در تصویب قانون خاص مربوط به انتقال کرونا باید تلاش شود، از نادیده گرفته شدن حقوق این افراد جلوگیری شود.

## منابع

1. Beigzadeh, E., ghariseid Fatemi, S. M., Mahmoud, S., Latifian, M. Corona's dilemma in the mirror of international law. Journal of Law Research, 2020; 23(LAW and COVID- 19): 11-57. doi: 10.22034/jlr.2020.185072.1639
2. Simaee Sarraf, H. Legal basis of Corona Norms In law and Islamic jurisprudence. Journal of Law Research, 2020; 23(LAW and COVID- 19): 163-180. doi: 10.22034/jlr.2020.185099.1654
3. Mozafari, M., mirzaei moghadam, M. Review of the Legal Basis of the Government-Selected Process in Management of Covid 19. Journal of Law Research, 2020; 23(LAW and COVID- 19): 385-411. doi: 10.22034/jlr.2020.184981.1618
4. Ehsanifar, A. Jurisprudential and Legal Dimensions of Infectious Diseases from the Perspective of the Rule of Obligation. Islamic Law, 2020; 17(64): 143-172.
5. Houshmand, H. The place of the rule of warning in the elimination of civil liability due to infectious diseases. Islamic Law, 2020; 17(64): -.
6. Jahangir M. Islamic Penal Code, Tehran: Nasradidar; 2007.[Persian]
7. Ragheb, Esfahani. Vocabulary stems from Al-Qur'an, Najaf: Al-Maktabeh Al-Mortazawieh; 1972 [Arabic].
8. Makki Ameli Shams al-Din Muhammad. Al-Lama Al-Damshaqiyah, Qom: Dar al-Fikr; 1990. [Arabic].
9. Tabatabai SA. Riaz al-Masail, Qom: Islamic Publishing House; 1998. [Arabic].
10. Mir Mohammad Sadeghi H. Crimes against security and public comfort, Tehran: Mizan Publishing; 2003.[Persian]
11. Zehni Tehrani SMJ. al-Mabahid al-Fiqhiyyah, Qom: Vajdani Publications; 1987.[Persian]
12. Heli, HbYbMuta (Allamah). Qa'aba al-Ahkam, Qom: Islamic Publishing House; 1992. [Arabic].
13. Mohagheq Damad SM. Jurisprudence Rules, Islamic Sciences Publishing Center, Second Edition. ; 2004.[Persian]
14. Najafi MH. Jawahar al Kalam, Tehran: Dar al-Kitab al-Islamiya; 1988. [Arabic].
15. Katouzian N. General rules of contracts, third edition, Tehran: Mezan Publishing; 1996. [Persian]
16. Lari SAH »Title of the article«, collection of articles, Qom: Institute of Al-Maarif al-Islamiya; 1997.[Persian]
17. Sobhani J. Irshad al-Aqool to the topics of al-Asul, written by Mohammad Hossein Haj Ameli, Qom, Imam Sadiq Institute (AS); 2003 [Arabic].
18. Ansari, Morteza. al-Makasab, Qom, the world commemoration of Sheikh Ansari; 1994. [Arabic].
19. Goldouzian I. The Islamic Penal Code, Ganj Danesh Publications; 2004.[Persian]
20. Mazandarani MS. Abolhasan Shearani's research, Tehran Al-Maktabeh Al-Islamiya; 1962. [Arabic].
21. Hor Ameli MIH. Wasal al-Shia, Qom: Al-Al-Bayt Institute; 1993. [Arabic].
22. Feyz kashani, Molla Mohsen (2010), Tafsir Safi, Tehran, Sadr pub.
23. Qafi, Hosein, Shariati, saeid (2018), Osul Feqhe Karbordi, Tehran, Samt pub.

## Criminal Liability for the Transmission of Coronavirus from the Perspective of Jurisprudence and Law

Hosain Esmaily

### Abstract

**Background and objective:** The purpose of this research is to criminalize the spreaders of the corona virus, the spread of the corona virus and the lack of specific laws in this regard to criminalize and punish its contagious behaviors have made it necessary to take refuge in the existing criminal laws. This research is organized in this context to examine the crime of the spreaders of the corona virus.

**Methods and Materials:** The present research has been carried out in a descriptive and analytical way. Subjects such as the transmission of infectious diseases, intentional homicide, pseudo-intentional murder, and combative behavior can be cited. Is it a special law or is it enough to use the titles of the current criminal law? It seems that the approval of a specific law can increase the clarification of its legal practice. This research investigated different criminal titles.

**Findings:** What has been extracted from the religious texts shows that if the intentional transmission of Corona causes the death of an innocent person, it can be prosecuted, and the intentional transmission of Corona can be considered as a criminal offense under Article 183 of the Islamic Republic of Iran - Muharibeh and Corruption on Earth. It seems that the approval of a specific law can increase the clarity of its legal practice. This research investigated different criminal titles.

**Conclusion:** The research of this study showed that if it is used as a tool to kill another person, it can be considered a criminal offense of intentional homicide. If it is accepted without the intention to kill and without knowledge of the contagious condition of the person, but the condition of the person is such that he will get the disease, the legal article to prevent infectious diseases will be approved by the parliament.

**Keywords:** Transmission of the disease, Criminalization, Coronation, Premeditated murder, Moharebeh

## طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران

فاطمه اسدنژاد<sup>۱</sup>، کرم‌الله دانش‌فرد<sup>۲\*</sup>، رضا نجف بیگی<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه، بیمه‌های بهداشت و درمان نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و سطح رفاه افراد دارند. در کشور ما، بیمه‌های بهداشت و درمان دارای کاستی‌هایی هستند که بسیاری از آن‌ها به مسائل سیاستگذاری مربوط می‌شود. از این رو، هدف تحقیق حاضر، طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران است.

**روش بررسی:** تحقیق حاضر از نظر هدف، توسعه‌ای- کاربردی و در گروه تحقیقات آمیخته اکتشافی قرار می‌گیرد. در مرحله کیفی این تحقیق، از روش تحلیل تم و در مرحله کمی از مدل‌سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. در مرحله کیفی به منظور طراحی الگوی تحقیق، با ۲۶ نفر از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان که به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه شد. همچنین، در مرحله کمی از ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان که به شکل تصادفی انتخاب شدند، با پرسشنامه نظرخواهی شد.

**یافته‌ها:** براساس یافته‌ها، ۵ راهبرد شامل ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان، بهبود خدمات بیمه، ارتقای عدالت بیمه‌ای، مدیریت منابع و بهره‌گیری از رویکرد پایداری شناسایی شدند. همچنین، الگوی طراحی شده شامل متغیرهای مربوط به پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها است. یافته‌های تحلیل داده‌ها با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که اجزای الگوی تحقیق مورد تایید هستند و کلیه ضرایب مسیر برآورد شده معنادار است. **نتیجه‌گیری:** نهایتاً، نتایج تحقیق نشان داد که با تامین منافع ذینفعان و همچنین در نظر گرفتن کلیه متغیرهای تاثیرگذار بر سیاستگذاری، می‌توان مسیری رو به بهبود در فرآیند سیاستگذاری بیمه‌های بهداشت و درمان طی نمود.

**کلمات کلیدی:** بیمه بهداشت و درمان، الگوی بهبود، سیاستگذاری، تحلیل تم

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول. استاد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران Daneshfard@srbiau.ac.ir

۳. استاد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

بهبود سلامت و رفاه مردم اغلب به عنوان هدف اصلی سیستم‌های مراقبت سلامت ذکر می‌شود (۱). تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت ضروری و کاهش مشکلات مالی برای همه افراد بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت آن‌ها از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت است. طرح‌های بیمه درمانی مختلفی به تازگی در کشورهای با درآمد کم و متوسط برای دستیابی به هر دوی این اهداف اجرا شده است (۲). از طرفی، بهبود عدالت در استفاده از خدمات و تضمین حمایت مالی برای همه افراد بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت آن‌ها از اهداف کلیدی در اهداف پوشش جهانی بهداشت جهانی است. پوشش همگانی سلامت هم در محیط‌های پردرآمد و هم در محیط‌های کم درآمد، جایی که نابرابری بین ثروتمندان و فقیر به ویژه بزرگ به نظر می‌رسد، از اهمیت اجتماعی حیاتی برخوردار است (۳).

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت، ارائه سازوکارهای مناسب تامین مالی به منظور حمایت از خانوارها به هنگام نیاز به خدمات سلامت است (۴). توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت (Health insurance) در کشور یکی از ضروریات سیستم سلامت کشور می‌باشد و این امر با استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت در کنار توجه به کمیت و کیفیت خدمات میسر است (۵). سیاست‌گذاران سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. یکی از موانع مهم برای اهداف تأمین، حفظ و ارتقا در نظام‌های سلامت، هزینه‌های رایج و اغلب زیاد برای مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد (و یا سرانه تولید ناخالص داخلی) است و نیاز به چنین مراقبت‌هایی اغلب نامطلوب است (۶).

تلاش‌های فزاینده‌ای که برای دستیابی به اهداف پوشش سلامت همگانی انجام می‌شود و در بسیاری از کشورها، سازمان بیمه سلامت ملی نهاد نظارتی مسئول طرح بیمه سلامت است (۷). بیمه سلامت یکی از پیچیده‌ترین، پرهزینه‌ترین و گیج‌کننده‌ترین خدماتی است که مصرف کنندگان خریداری می‌کنند (۸). علی‌رغم تلاش‌های

عمده دولت‌ها، طرح‌های بیمه سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط عموماً به جمعیت‌های کم‌درآمد مورد نظر نمی‌رسند و عمدتاً از گروه‌های جمعیتی بالاتر حمایت می‌کنند. طرح‌های فعلی بیمه سلامت باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد، و اینکه تا چه حد می‌توان از بیمه سلامت برای حمایت از آسیب‌پذیرترین جمعیت‌ها استفاده کرد، مجدداً ارزیابی شوند (۲). یافته‌های تحقیق سونی (۲۰۲۰) همراه با شواهد حاصل از مطالعات قبلی، نشان می‌دهد که گسترش بیمه عمومی ممکن است باعث تغییر فوری در رفتارهای سلامت نشود، اما افرادی که در رفتارهای سالم مشارکت می‌کنند را در طول زمان افزایش می‌دهند (۹).

طرح‌های بیمه سلامت در حال حاضر در سطح جهان نه تنها به عنوان یک مکانیسم تامین مالی سلامت، بلکه به عنوان یک استراتژی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و به عنوان وسیله‌ای برای کاهش نابرابری بین گروه‌های جمعیتی مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۰). گسترش بیمه درمان از جمله راهکارهای دولت‌ها (به ویژه دولت‌های مردم‌سالار) برای نیل به جامعه‌ای سالم با سلامت پایدار است؛ به طوری که با توسعه بیمه‌ها، کلیه ابعاد زندگی افراد در جامعه تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد (۱۱). مطالعه و بررسی نظام‌های بیمه‌های بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف، نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته این نظام‌ها برای پوشش هزینه‌های سلامت و حفاظت از مردم تغییر و تحولات زیادی را تجربه کرده است و هر کشوری متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، بهداشتی و فرهنگی خود مدل‌های مختلفی از بیمه‌ها را گسترش داده است (۱۲). بیمه ممکن است با کاهش اثرات مورد انتظار شوک‌های سلامت، یک مزیت روان‌شناختی ایجاد کند (۱۳).

در نظام بیمه سلامت ایران چندین صندوق بیمه وجود دارد بدون مقررات کافی برای انتقال و یا توزیع مجدد یارانه متقابل بین آن‌ها که این پراکندگی صندوق‌های بیمه ممکن است منجر به عدم تجمع ریسک و جمع‌آوری منابع و کاهش قدرت چانه‌زنی آن‌ها می‌شود. علاوه بر این، فقدان اطلاعات باعث ایجاد برخی از مشکلات می‌شود،

نیز در مطالعه خود ۲۸ مانع برای یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران شناسایی کردند. در بین عوامل بالاترین میانگین مربوط به «رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه‌سازی بیمه‌ها» و پایین‌ترین میانگین مربوط به «پزشک خانواده و نظام ارجاع» بود. همچنین، مانع «ساختار نظام سلامت» به عنوان تأثیرگذارترین مانع و مانع «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» به عنوان تأثیرپذیرترین مانع شناسایی شدند. یافته‌های تحقیق شمس الدینی و هرمز (۱۳۹۹) نشان داد که دخالت‌های زیاد دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه یکی از عوامل بازدارنده در سیستم‌های مالی و تأثیرگذاری آن‌ها بر بخش بیمه است. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر سیاست‌های اصلاحات مالی به صورت مستقل یا تحت تأثیر متغیرهای شرطی، تأثیر خالص مثبتی بر توسعه بیمه درمان دارند. احمدی و طاهری (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های سلامت خانوارها در ایران پرداختند. براساس یافته‌ها، خانوارهایی که نه تنها از لحاظ اقتصادی، بلکه از نظر موقعیت اجتماعی وضعیت بهتری دارند، مخارج سلامت بالاتری داشته‌اند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که دولت یک بسته بیمه پایه را در نظر بگیرد که از نظر کیفیت خدمات ارائه شده برای همه خانوارها یکسان باشد و از نظر حق بیمه نیز عادلانه باشد. همچنین مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) مطالعه‌ای در مورد مروری بر سیاست‌ها و برنامه‌های اتخاذ شده در حوزه تأمین مالی بخش سلامت انجام دادند. در این تحقیق برای پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی سیاست‌هایی از جمله یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت‌بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تأکید بر یکسان‌سازی جزءحرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی شناسایی شد. کریمی و همکاران (۱۳۹۴) نیز به مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب در زمینه بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی پرداختند. نتایج نشان داد که وزارت‌های بهداشت تولید بیمه‌های درمانی را بر عهده دارند. در زمینه برنامه‌ریزی، برنامه ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای پیشنهاد شده است و در بیشتر کشورها این برنامه‌ها به صورت غیرمتمرکز در شهرها

از جمله همپوشانی بیمه شده‌ها و عدم پوشش برخی مردم که در نهایت ناکارآمدی در سیستم‌های بیمه درمانی و حفاظت مالی کم در برابر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای بیمه شده در پی دارد (۱۴). براساس نتایج در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیت عمده شناسایی شد، روش اجرا و تعهد به قوانین می‌باشد که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده است و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت می‌باشد (۱۵).

توسعه بیمه‌های بهداشت و درمان در اسناد بالادستی کشور مورد تأکید قرار گرفته است. در بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت به انجام تولیت (سیاستگذاری و نظارت) سلامت توسط وزارت بهداشت، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، تدارک خدمات توسط بخش دولتی، خصوصی و عمومی اشاره شده است. در بند ۹ همین سند نیز به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها و ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمان اشاره شده است. قانون برنامه پنجم توسعه نیز به همگانی و اجباری شدن بیمه پایه سلامت و اجازه به دولت برای ادغام بخش درمانی صندوق‌های بیمه و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران اشاره دارد. همچنین بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی تأکید دارد.

بحث بیمه‌های سلامت در تعدادی از تحقیقات داخلی و خارجی بررسی شده که نتایج تعدادی از آن‌ها در ادامه ارائه می‌گردد. مهردوست و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به بررسی عوامل مؤثر بر توسعه بیمه سلامت روان در ایران پرداختند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که پنج عامل اساسی شامل عامل ساختاری، عامل فرهنگ، عامل کیفیت خدمات، عامل فردی و عامل تأمین و پشتیبانی برای توسعه بیمه سلامت روان لازم است. اکبری و همکاران (۱۴۰۰)

و روستاهای هر منطقه اجرا می‌گردد.

همچنین، براساس یافته‌های تحقیق افریبی و همکاران (۲)، تجارب کشورها حاکی از آن است که راهبردهای فعلی برای بهبود پوشش جمعیت‌های آسیب‌پذیر در طرح‌های بیمه سلامت به هدف خود یعنی برابری و عدالت دست نیافته است. شواهد همچنین نشان می‌دهد کشورهایی که در حال برنامه‌ریزی برای ایجاد طرح‌های بیمه سلامت با هدف برابری برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر هستند، ممکن است با توجه به یافته‌های این بررسی، رویکرد خود را مجدداً ارزیابی کنند. یافته‌های تحقیق وری و همکاران (۱۹) در آمریکا نشان داد که افراد دارای بیمه خصوصی در مقایسه با افرادی که تحت پوشش برنامه‌های بیمه حمایت دولتی قرار می‌گیرند، احتمال دسترسی ضعیف به مراقبت، هزینه‌های بالاتر مراقبت و رضایت کمتری از مراقبت را داشتند. نتایج نشان می‌دهد که تلاش‌هایی برای افزایش تعداد افراد تحت پوشش برنامه‌های بیمه عمومی یا بهبود حمایت‌ها از افراد تحت پوشش بیمه خصوصی در برابر افزایش هزینه‌ها مورد نیاز است. همچنین یافته‌های موندیکو و همکاران (۲۰) در غنا بیان می‌کند که طرح بیمه سلامت رسمی باعث می‌شود احتمال اینکه خانواده‌هایی که شوک سلامتی را تجربه می‌کنند فرزندانشان را از مدرسه رفتن منع می‌کنند تا آن‌ها را به کار بگمارند، کاهش می‌دهد. از این رو، اجتناب از چنین مکانیسم‌های مقابله‌ای پرهزینه‌ای، به طور بالقوه بخش مهمی از ارزش اجتماعی بیمه درمانی رسمی است. همچنین، نتایج تحقیق هاشوفر و همکاران (۱۳) در کنیا نشان داد که بیمه سلامت ممکن است استرس را در محیط کاهش دهد، اما مزایای آن محدود است. نایاک و همکاران (۲۱) نیز در یافته‌های تحقیق خود بر کاربرد فناوری‌های دیجیتال در بیمه سلامت برای رفاه اجتماعی مشتریان کم درآمد در هند تاکید کردند. نهایتاً، یافته‌های فن و همکاران (۱) نشان داد که بیمه سلامت عمومی به طور قابل توجهی وضعیت سلامت جسمی و روانی دینفعان بیمه سلامت را پس از کنترل سایر متغیرهای کمکی بهبود می‌بخشد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که با وجود اهمیت زیاد بیمه‌های درمان و بهداشت و ناکارآمدی‌هایی که وجود دارد، تاکنون تحقیقی به بررسی

سیاست‌های بهبود در این زمینه نپرداخته است. این در حالی است که با رشد هزینه‌های سرسام‌آور درمان و همچنین ظهور بیماری کووید ۱۹، نیاز است اصلاحات و بهبودهایی در این زمینه ایجاد گردد؛ اما با این وجود نسبت به اینکه چه راهبردها و اقداماتی باید انجام گیرد و چه متغیرهایی در این زمینه تاثیرگذارند، آگاهی کافی وجود ندارد. از این رو، در این تحقیق الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران ارائه می‌گردد.

### روش بررسی

هدف این تحقیق، طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران است. تحقیق حاضر، از نظر هدف توسعه‌ای- کاربردی و از نوع تحقیقات آمیخته اکتشافی است. با توجه به اینکه نتایج تحقیق حاضر می‌تواند برای ارتقای سیاستگذاری توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران بکارگرفته شود، تحقیق از نوع کاربردی است. این تحقیق به این دلیل که به دنبال توسعه مبانی سیاستگذاری در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان و ارائه مدلی بومی در این زمینه است، از نوع تحقیقات توسعه‌ای محسوب می‌شود. ضمناً، پارادایم پژوهش از نوع تفسیرگرایی است. این پژوهش، در دو مرحله کیفی و کمی انجام شده که در ادامه هر یک از این مراحل بررسی شده است.

**مرحله کیفی:** در مرحله کیفی به منظور طراحی مدل تحقیق، از روش تحلیل تم استفاده شد. تحلیل تم روشی برای تعیین، تحلیل و بیان الگوهای (تم‌ها) موجود درون داده‌ها است. این روش در خود، داده‌ها را سازماندهی و در قالب جزئیات توصیف می‌کند، اما می‌تواند از این فراتر رفته و جنبه‌های مختلف موضوع پژوهش را تفسیر کند (۲۲). در مرحله کیفی، به منظور طراحی مدل از ۹ نفر از اساتید دانشگاهی و ۱۷ نفر از خبرگان اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان مصاحبه به عمل آمد. خبرگان دانشگاهی مشارکت‌کننده، ضمن داشتن مدرک دکتری، در رشته‌های مرتبط تحصیل کرده بودند و در زمینه موضوع تحقیق کار پژوهشی داشتند. خبرگان اجرایی نیز

## یافته‌ها

## یافته‌های بخش کیفی

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌های کیفی که از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به دست آمد و همچنین به منظور طراحی الگوی تحقیق، از روش تحلیل تم استفاده شد. مراحل طی شده به منظور طراحی مدل تحقیق براساس دیدگاه براون و کلارک (۲۲) با بهره‌گیری از روش تحلیل تم به صورت زیر است. **گام اول - آشنایی با داده‌ها:** در مرحله اول محقق به بررسی محتوای مصاحبه‌ها پرداخت. مصاحبه‌ها توسط محقق در بازه زمانی ۱۵ روزه دوبار گوش داده شد تا تمام نکات مطرح شده استخراج شود. پس از یادداشت‌برداری از محتوای مصاحبه‌ها، محقق به بررسی چندباره یادداشت‌های تهیه شده پرداخت و محتوای آن‌ها را به دقت بررسی کرد.

**گام دوم - ایجاد کدهای اولیه:** در این گام، پس از اینکه محتوای مصاحبه‌ها دقیق بررسی شد، محقق به شناسایی کدهای اولیه پرداخت. کد تعریف شده یک ویژگی داده‌ها را معرفی می‌کند که از دیدگاه محقق جالب به نظر می‌رسد. داده‌های کدگذاری شده از واحدهای تحلیل یعنی تم‌ها متفاوت می‌باشند (۲۲). روش انجام کار به این شکل بود که محقق برای محتوای مطرح شده توسط خبرگان که به موضوع خاصی اشاره می‌کرد، یک کد استخراج نمود. نمونه‌ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده برای اجزای تشکیل شده مدل تحقیق در ادامه آمده است.

**مرحله ۳ - جستجوی تم‌ها:** در این گام، کدهایی که از مرحله قبلی استخراج شده بودند و از نظر محتوایی دارای اشتراک بودند، توسط محقق ادغام گردید و تم‌ها را ایجاد کردند.

**مرحله ۴ - بازبینی تم‌ها:** در این گام، محقق تم‌ها را مجدداً مورد بررسی قرار داد و نتایج به دست آمده از کدگذاری را با نتایج شناسایی تم‌ها انطباق داد. همچنین، نقشه تم‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد دارای ساختاری قابل قبول است.

ضمن داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد، دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کاری در زمینه بیمه بهداشت و درمان بودند. روش نمونه‌گیری در مرحله کیفی، از نوع هدفمند بود و مصاحبه‌ها تا آنجا ادامه یافت که داده‌ها به حد اشباع برسد. در زمان انجام مصاحبه‌ها، پژوهشگر در شیوه مطرح کردن سؤال‌ها دقت زیادی کرده است تا کیفیت و اعتبار موقعیت مصاحبه خدشه‌دار نشود.

**مرحله کمی:** در مرحله کمی این تحقیق، به منظور اعتبارسنجی مدل طراحی شده، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم افزار smart PLS استفاده شد. قبل از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، کفایت حجم نمونه با بهره‌گیری از شاخص KMO و آزمون بارتلت و همچنین، نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد که نتایج نشان داد که حجم نمونه کافی است و داده‌ها برای انجام محاسبات مدل‌سازی معادلات ساختاری مناسب است. نمونه آماری در این مرحله، ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان بودند. در مرحله کمی، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه گردید و روش نمونه‌گیری نیز از نوع تصادفی بود. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که روایی آن توسط ۳ نفر از خبرگان تایید شد. پرسشنامه دارای ۵۸ سوال بود و در آن از طیف ۵ تایی لیکرت استفاده شد. همچنین، پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸۵ محاسبه شد که مقداری مناسب است. مشخصات نمونه آماری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات نمونه آماری

| جنسیت            |     |
|------------------|-----|
| مرد              | ۱۳۸ |
| زن               | ۴۸  |
| سابقه کاری       |     |
| زیر ۱۰ سال       | ۴۳  |
| بین ۱۰ تا ۲۰ سال | ۸۸  |
| بیش از ۳۰ سال    | ۵۵  |
| مدرک تحصیلی      |     |
| کارشناسی         | ۴۱  |
| کارشناسی ارشد    | ۸۵  |
| دکترای بالاتر    | ۴۲  |

جدول ۲. نمونه ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده

| کد استخراج شده                                                      | متن مصاحبه                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| وجود سازمان های بیمه ای متعدد و ناهمبستگی بین بیمه ها دیده نمی شود. | "در کشور تعدادی زیادی سازمان بیمه گر داریم که هرکدام ساز خودش را می زند و هیچ گونه هماهنگی بین بیمه ها دیده نمی شود."                                                                                                                   |
| عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر و مراکز بهداشت و درمان       | "در خیلی از موارد به دلیل ارتباط ضعیفی که بین سازمان های بیمه گر و مراکز درمانی وجود دارد، بیماران دچار مشکل می شوند و شکایت می کنند."                                                                                                  |
| جزیره ای عمل کردن بیمه های درمانی در کشور                           | "بیمه های درمانی در کشور فاقد ساختار یکپارچه و منسجم هستند و هریک به سمت و سویی که به نظرشان درست حرکت می کنند. این مساله باعث عدم بهره گیری درست از ظرفیت ها و توانمندی های موجود می شود."                                             |
| رقابت کاذب بین سازمان های بیمه گر                                   | "متأسفانه بیمه ها بیش از آنکه به دنبال بهبود خدمات خود و افزایش کارایی باشند، به دنبال رقابت و جذب مشتریان بیشتر هستند. بیمه های بهداشت و درمان بیش از حد رویکرد اقتصادی دارند و در این مسیر منافع بیمه شدگان کمتر مدنظر قرار می گیرد." |
| تعارض منافع در نظام بیمه ای کشور                                    | "متأسفانه تعارض منافع در بخش بهداشت و درمان زیاد است و این مساله به بخش بیمه هم تسری یافته است. این مساله مانع اتخاذ تصمیمات درست و قابل قبول برای توسعه بیمه های بهداشت و درمان شده است."                                              |
| فقدان جهت گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه ای کشور                | "نظام بیمه درمانی در کشور جهت گیری مشخصی برای آینده ندارد و بیشتر درگیر مسائل و مشکلات فعلی است."                                                                                                                                       |

## مرحله ۵- تعریف و نام گذاری تم‌ها: پس از اینکه نقشه تم‌ها

نهایی شد و دسته‌بندی انجام گرفت، محقق نسبت به نام‌گذاری تم‌ها اقدام نمود.

پس از استخراج کدهای اولیه، کدگذاری محوری انجام گرفت و ۴ دسته متغیر شامل پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدها شناسایی شدند. در جدول ۳، نتایج تحلیل تم برای پیشران‌ها و راهبردها (اقدامات) ارائه شده است.

همچنین، در مورد اینکه چه راهبردها و اقداماتی برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان باید انجام گیرد، براساس نظرات خبرگان و انجام مراحل تحلیل تم، یافته‌هایی ایجاد شد که در جدول ۴ قابل مشاهده است.

نهایتاً، براساس جمع‌بندی عوامل به دست آمده و نظرخواهی از خبرگان، ساختار مدل تحقیق استخراج گردید که در شکل ۱ مشاهده می‌شود. مدل شامل ۴ جزء عوامل پیشران، عوامل زمینه‌ای، اقدامات و راهبردها و نهایتاً، پیامدها است.

به‌منظور ارتقای اعتبار پژوهش‌های کیفی براساس دیدگاه افراد

صاحب‌نظر، از راهبردهایی استفاده کنند. در این پژوهش برای اطمینان از روایی مرحله کیفی از راهبردهای "تطبیق به‌وسیله اعضا" و "کثرت‌گرایی" بهره گرفته شد. در راهبرد تطبیق به‌وسیله اعضا، محقق از دیدگاه های مشارکت‌کنندگان در تحقیق برای اطمینان یافتن از یافته‌ها و تفاسیر استفاده می‌کند. بدین‌منظور در این پژوهش، از دیدگاه ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان در فرآیند تحلیل کدها و انجام مراحل کدگذاری استفاده شد و با انجام اصلاحاتی مدل پژوهش مورد تایید آن‌ها قرار گرفت. همچنین، به‌منظور انجام راهبرد کثرت‌گرایی محققان از منابع، روش‌ها، محققان و نظریه‌های متفاوت و چندگانه برای به‌دست آوردن شواهد تقویت‌کننده نتایج کار خود استفاده می‌کنند. بدین‌منظور، داده‌های پژوهش حاصل مصاحبه با ترکیبی از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان است. همچنین، محقق در جریان فرآیند تحلیل تم داده‌ها به مبانی نظری و تحقیقات پیشین در زمینه موضوع پژوهش توجه داشته است.

جدول ۳. یافته های تحلیل تم محرک ها و پیشران ها

| بعد                    | مولفه                                 | شاخص                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| پیشران های حاکمیتی     | مسائل سازمان های بیمه گر              | وجود سازمان های بیمه ای متعدد و ناهماهنگ، عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر و مراکز بهداشت و درمان، جزیره ای عمل کردن بیمه های درمانی در کشور و رقابت کاذب بین سازمان های بیمه گر                                                                                           |
|                        | مسائل نظام بیمه ای کشور               | گسیخته بودن ساختار نظام بیمه ای کشور، فقدان جهت گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه ای کشور، تعارض منافع در نظام بیمه ای کشور و تضاد و تعارض بین سازمان های بیمه گر و بخش بهداشت و درمان                                                                                          |
| پیشران های سیاست گذاری | پیشران های مربوط به سیاست گذاری       | عدم تناسب سیاست ها با شرایط واقعی، عدم تامین منافع ذینفعان مختلف در تدوین سیاست ها، پشتوانه علمی ضعیف و ابهام سیاست ها و عدم پیوستگی و انسجام سیاست ها                                                                                                                           |
|                        | پیشران های مربوط به اجرای سیاست ها    | عدم آگاهی و دانش محدود مجریان، زد و بند و سیاسی کاری در مرحله اجرا، فقدان قوانین شفاف و محکم در حمایت از اجرای سیاست ها و ضعف تشکیلات اداری سازمان مجری                                                                                                                          |
|                        | پیشران های مربوط به متولی سیاست گذاری | مشخص نبودن نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه های بیمه ای - درمانی، تعدد وظایف وزارت بهداشت به عنوان سیاستگذار، ارائه دهنده و ... و شفاف نبودن نقش شورای عالی بیمه                                                                                                               |
| پیشران های منابع       | تامین مالی نامناسب                    | تأمین مالی پسرورنده، جریان مالی غیر شفاف، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت، پایین بودن سهم هزینه های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه های ناخالص ملی و ناپایداری منابع مالی                                                                               |
|                        | شکاف عرضه و تقاضا                     | سالخوردگی جمعیت در ایران، تقاضای مصرف بیشتر خدمات بهداشت و درمان در نسل های جدید، افزایش بیماری ها و مشکلات سلامت در نسل های جدید، عدم پاسخگویی مناسب به تقاضای موجود و فقدان زیرساخت های مطلوب                                                                                  |
|                        | مسائل مربوط به پوشش بیمه شدگان        | عدم وجود پوشش همگانی، نامشخص بودن آمار بیمه شده ها، تعرفه گذاری خدمات بدون توجه به جمع جهات و عدم توجه ویژه به بیمه شدگان داری شرایط خاص                                                                                                                                         |
| پیشران های بیمه شدگان  | مشکلات هزینه ای بیمه شدگان            | هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، بالا بودن سهم هزینه های بهداشت و درمان خانوار از مجموع هزینه های بهداشت و درمان در کشور، سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده، هزینه های رو به افزایش بهداشت و درمان و توزیع ناعادلانه پرداخت های بیمه ای در دهک های مختلف هزینه ای |

## یافته های بخش کمی: اعتبارسنجی مدل

برای بررسی کفایت حجم نمونه وجود دارد که از جمله آن ها شاخص KMO می باشد که مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است. از سوی دیگر، برای اطمینان از مناسب بودن داده ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی هایی که پایه تحلیل قرار می گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون Bartlett استفاده گردید. با توجه به مقدار شاخص KMO و همچنین مقدار آماره بارتلت که به ترتیب برابر با ۰/۸۲۹ و ۰/۰۰۰ است، نتایج نشان دهنده کفایت نمونه ها است.

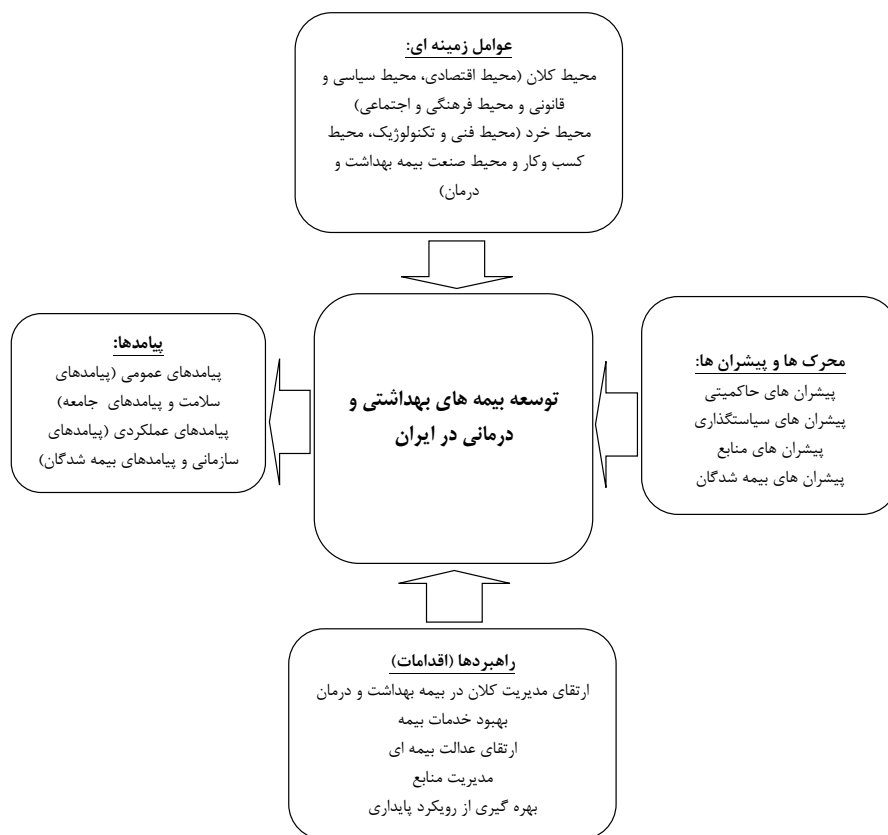
در تحقیق حاضر، از روش مدل سازی معادلات ساختاری بر پایه روش حداقل مربعات جزئی (PLS) برای آزمون مدل الگوی بهبود سیاست های توسعه بیمه های بهداشتی و درمانی در ایران استفاده شد. بدین منظور، نرم افزار Smart PLS استفاده شد. در ابتدا برای اعتبارسنجی مدل، باید از کفایت نمونه که ۱۸۶ نفر از متخصصان و کارشناسان صنعت بیمه بود، اطمینان حاصل کرد. روش های متعددی

جدول ۴. یافته‌های تحلیل تم راهبردها و اقدامات

| شخص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | مؤلفه                               | بعد                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| یکپارچه سازی صندوق های بیمه ای، برقراری تعامل بین سازمان های بیمه ای در کشور، ایجاد نظام ملی بیمه درمان، اتخاذ تصمیمات کلان به شکل متمرکز، تولید (سیاستگذاری و نظارت) بیمه ها توسط وزارت بهداشت، برنامه ریزی در سطح ملی و منطقه ای و اجرا در مناطق، حذف اقدامات موازی در بیمه بهداشت و درمان، شواهدمحوری و نگاه علمی در سیاستگذاری و توسعه بانک اطلاعاتی بیمه شدگان | توسعه مدیریت واحد و یکپارچه         | ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان |
| ایجاد تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذینفعان در فرآیند سیاستگذاری، تامین منافع ذینفعان مختلف در فرآیند سیاستگذاری، توجه به خواسته ها و انتظارات ذینفعان مختلف، کاهش تاثیر گروه های فشار و قدرت بر فرآیند سیاستگذاری و مقابله با تعارض منافع در بیمه بهداشت و درمان                                    | مدیریت ذینفعان در فرآیند سیاستگذاری |                                           |
| تدوین صحیح بسته های بیمه پایه سلامت، تعریف دقیق بسته های خدمات بیمه، نظارت بر کیفیت خدمات و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و مکمل                                                                                                                                                                                                                                  | ارتقای بسته های خدمت                | بهبود خدمات بیمه                          |
| تدوین صحیح بسته ای بیمه پایه سلامت، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، گسترش پوشش بیمه ای، توسعه بیمه های مکمل درمان و توسعه خدمات الکترونیک                                                                                                                                                                                                                              | توسعه خدمات بیمه                    |                                           |
| ارتقای دسترسی به خدمات بیمه ای ارزان برای آحاد جامعه، کاهش سهم هزینه های مردم از خدمات بیمه، تعیین مبنای پوشش بیمه های سلامت براساس منطقه سکونت و توانایی پرداخت، تعرفه گذاری بیمه براساس درآمد و توان مالی افراد و تعرفه گذاری خدمات سلامت براساس شواهد علمی (هزینه تمام شده) و براساس ارزش افزوده                                                                 | عدالت هزینه‌ای                      | ارتقای عدالت بیمه ای                      |
| توسعه بیمه های درمانی ویژه روستاییان، توسعه بیمه درمان بیماران خاص و صعب العلاج، هدفمند کردن خدمات بیمه ای برای حمایت از اقشار آسیب پذیر و افزایش ارزش خدمات بیمه ای برای بیکاران، بازنشستگان و سالمندان و ...                                                                                                                                                      | توسعه بیمه اقشار خاص                |                                           |
| تنوع بخشی به منابع درآمدی، تخصیص بهینه منابع مالی، بهره گیری از روش های نوین تامین مالی و کاهش وابستگی به منابع ناپایدار و مقطعی                                                                                                                                                                                                                                    | بهبود مدیریت مالی                   | مدیریت منابع                              |
| توانمندسازی منابع انسانی موجود، بهره گیری از مدیران لایق و توانمند، شایسته سالاری، جانشین پروری، مدیریت و پرورش استعدادها و گسترش بدنه خبره و دانشی                                                                                                                                                                                                                 | توسعه منابع انسانی                  |                                           |
| توسعه جهت گیری استراتژیک در بیمه، حرکت در مسیر بهبود مستمر در بیمه بهداشت و درمان، سیاستگذاری واحد و منسجم در بیمه بهداشت و درمان، بهره گیری از تجارب کشورهای موفق، شناسایی و مدیریت ریسک ها در بیمه بهداشت و درمان و توسعه متوازن و یکپارچه                                                                                                                        | پیگیری رویکرد توسعه محور            | بهره گیری از رویکرد پایداری               |
| اخلاقی مداری در تمامی ابعاد آن، توسعه رویکرد بشردوستانه و انسان محور، قانون مداری، پیگیری و تامین منافع ملی، ارتقای شفافیت در تمامی ابعاد آن و صیانت از محیط زیست                                                                                                                                                                                                   | مسئولیت اجتماعی                     |                                           |

می رود. این معیار توسط ورتس و همکاران (۱۹۷۴) معرفی شد و برتری آن نسبت به آلفای کرونباخ در این است که پایایی سازه‌ها نه به صورت مطلق، بلکه با توجه به همبستگی سوالاتشان با یکدیگر محاسبه می شود. با توجه به جدول ۵ مقدار پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ برای همه متغیرها تأیید شد، زیرا بزرگتر از ۰/۷ هستند.

پس از تأیید کفایت حجم نمونه، باید پایایی و روایی بررسی گردد. آلفای کرونباخ، معیاری کلاسیک برای ارزیابی پایایی است. مقدار آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷، بیانگر پایایی قابل قبول است. از آن جا که آلفای کرونباخ یک روش سنتی برای تعیین پایایی سازه‌ها است، معیار مدرن تری نسبت به آلفا به نام پایایی ترکیبی به کار



شکل ۱. مدل تحقیق

همچنین، برای بررسی روایی همگرا از معیار AVE (لاکر (۱۹۸۱) معیار AVE را برای سنجش روایی همگرا ارائه کردند. مقادیر محاسبه شده AVE چون همگی بالای ۰/۵ است، نشان دهنده این است که روایی همگرایی متغیرهای تحقیق مناسب است.

همچنین، برای بررسی روایی همگرا از معیار AVE (میانگین واریانس استخراج شده) استفاده گردید که نشان دهنده میزان همبستگی یک سازه با شاخص های خود است و هر چه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بهتر است. فورنل و

جدول ۵. مقادیر آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE

| متغیر              | آلفای کرونباخ | پایایی ترکیبی | AVE  |
|--------------------|---------------|---------------|------|
| محركها             | ۰/۸۲          | ۰/۸۵          | ۰/۷۵ |
| عوامل زمینه ای     | ۰/۸۰          | ۰/۸۳          | ۰/۶۸ |
| راهبردها (اقدامات) | ۰/۸۵          | ۰/۸۶          | ۰/۷۴ |
| پیامدها            | ۰/۸۴          | ۰/۸۶          | ۰/۷۱ |

روایی و اگر سومین معیار سنجش برازش مدل های ساختاری است. به زعم فورنل و لاکر، روایی و اگر وقتی قابل قبول است که میزان میانگین واریانس استخراج شده برای هر سازه، بیش از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه های دیگر در مدل تحقیق باشد. با توجه به جدول ۶ می توان گفت که روایی و اگر زمانی در حد قابل قبولی است که جذر میانگین واریانس استخراج شده ( $\sqrt{AVE}$ ) برای هر

متغیر بیشتر از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها است. بنابراین

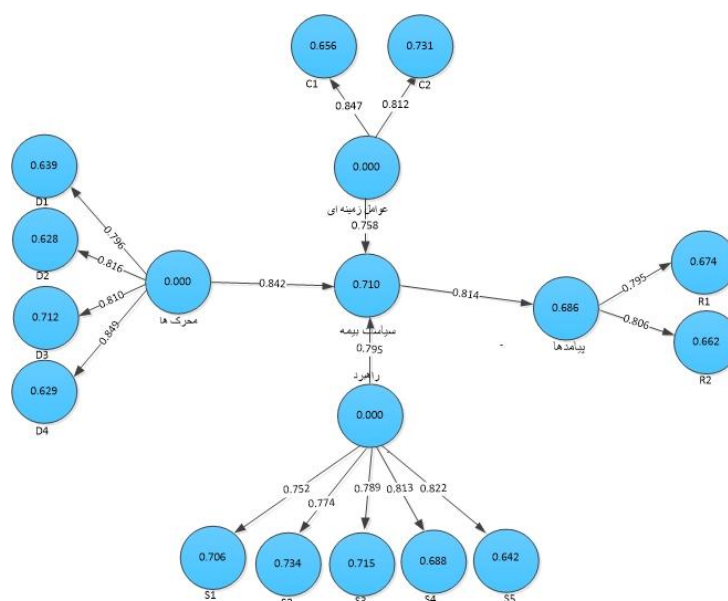
روایی رواگرای متغیرهای پرسشنامه تحقیق مورد تایید است.

جدول ۶. محاسبات مربوط به روایی واگرا

| متغیر               | محرك ها | عوامل زمینه ای | راهِبردها (اقدامات) | پیامدها |
|---------------------|---------|----------------|---------------------|---------|
| محرك ها             | ۰/۸۱۰   |                |                     |         |
| عوامل زمینه ای      | ۰/۳۷۰   | ۰/۷۹۱          |                     |         |
| راهِبردها (اقدامات) | ۰/۲۱۸   | ۰/۳۴۲          | ۰/۸۳۴               |         |
| پیامدها             | ۰/۳۶۲   | ۰/۳۱۸          | ۰/۲۸۲               | ۰/۷۵۴   |

همچنین، بخش ساختاری مدل برخلاف مدل‌های اندازه‌گیری، به پرسش‌ها و متغیرهای آشکار نیازی ندارد و تنها به متغیرهای پنهان و روابط میان آن‌ها توجه می‌شود. در این تحقیق، برازش مدل ساختاری با استفاده از معیارهای ضریب تعیین ( $R^2$ )، معیار  $Q^2$ ، GOF و ضرایب معناداری انجام گرفت. برای سنجش رابطه بین

سازه‌ها در مدل‌های معادلات ساختاری، اعداد معناداری  $t$  و مقادیر ضریب مسیر مورد بررسی قرار می‌گیرد. اگر مقدار ضریب مسیر مقادیری بیشتر از  $0/4$  داشته باشد، مسیر بردآورد شده مطلوب است. شکل شماره ۲ مدل مفهومی تحقیق را در حالت معناداری ضرایب نشان می‌دهد.



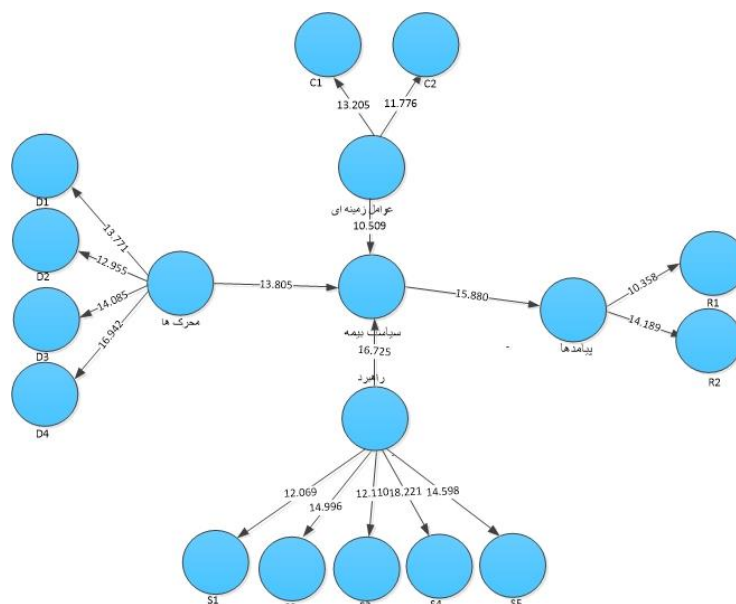
شکل ۲. مدل ساختاری تحقیق در حالت ضرایب معنی‌داری

مطابق با اطلاعات ارائه شده در شکل شماره ۲، تمام روابط تدوین شده در مدل مفهومی تحقیق تایید قرار گرفت. زیرا مقدار آماره  $t$  که برای آن‌ها گزارش شده است، بیشتر از مقدار بحرانی  $1/96$

در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. ضمناً، شکل ۳ مدل مفهومی تحقیق را در حال تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این شکل شدت تاثیرگذاری متغیرها بر یکدیگر مشخص شده است. در

یک متغیر وابسته در یک اثر مستقیم دیگر می‌تواند متغیر مستقل باشد و برعکس.

درون یک مدل معادلات ساختاری هر اثر مستقیم، رابطه‌ای را میان یک متغیر وابسته و متغیر مستقل، مشخص و بیان می‌کند. اگرچه



شکل ۳. مدل ساختاری تحقیق در حالت استاندارد

سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ را به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی بودن برازش بخش ساختاری مدل به وسیله معیار ضریب تعیین تعریف کرده است. مقدار  $R^2$  برای سیاست بیمه ۰/۷۱ و برای متغیر پیامدها ۰/۶۸۶ محاسبه گردید که مقادیری قابل قبول و مناسب هستند.

ضمناً، شاخص  $Q^2$  توسط استون و گیزر (۱۹۷۵) معرفی شد که این شاخص، قدرت پیش‌بینی مدل را نشان می‌دهد. از دیدگاه آن‌ها، مدل‌هایی که دارای برازش بخش ساختاری مناسبی هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته باشد. در صورتی که مقدار  $Q^2$  در مورد یک سازه درون‌زا صفر و یا کمتر از صفر باشد، نشان می‌دهد که روابط بین سازه‌های دیگر مدل و آن سازه درون‌زا به خوبی تبیین نشده است و مدل نیاز به اصلاح دارد. هنسلر و همکاران (۲۰۰۹) در مورد شدت قدرت پیش‌بینی در مورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵

همچنین، جدول روابط بین اجزای مدل را براساس نتایج مدل سازی معادلات ساختاری نمایش داده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود، کلیه ضرایب مسیر محاسبه شده معنادار هستند.

براساس نتایج معادلات ساختاری، مقدار آماره  $t$  مسیر محرک‌ها به سیاست بیمه است، بزرگتر از ۱/۹۶ است؛ لذا رابطه بین این دو متغیر معنی‌دار است و ضریب مسیر ۰/۸۴۲ نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب مسیر محاسبه شده معنادار هستند و بنابراین، روابط تعریف شده در مدل تحقیق مورد تایید قرار گرفتند. همچنین، ضریب تعیین ( $R^2$ ) معیاری است که نشان دهنده میزان تغییرات در هریک از متغیرهای وابسته مدل است که به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. مقدار  $R^2$  تنها برای متغیرهای درون‌زای مدل محاسبه می‌شود. هرچه مقدار  $R^2$  سازه‌های درون‌زای مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل خواهد بود. چین (۱۹۹۸)

را مشخص کردند. معیار  $Q^2$  برای متغیر سیاست بیمه مقدار ۰/۳۲ و پیامدها مقدار ۰/۲۹ محاسبه گردید که مقادیر مناسبی هستند. نهایتاً، معیار GOF نیز مربوط به برازش کلی مدل ساختاری است؛ بدین معنی که با این معیار، محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل تحقیق، برازش کلی را نیز کنترل کند. سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۵ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF بیان شده‌اند که حصول عدد ۰/۳۲ برای این مدل، نشان از برازش مناسب مدل تحقیق دارد.

### بحث

امروزه در کشور ما، بخش سلامت یکی از پرچالش‌ترین و آسیب‌پذیرترین حوزه‌ها است که نیاز است مورد توجه جدی قرار گیرد. بیمه‌های بهداشت و درمان با عملکرد مطلوب خود می‌توانند تا حدود زیادی از چالش‌های بخش سلامت بکاهند و دستیابی به یک جامعه سالم را محقق کند؛ اما این در حالی است که شرایط سیاست‌گذاری در بخش بیمه‌های درمانی چندان مطلوب نیست و نیاز است اصلاحاتی در این بخش انجام پذیرد. از این رو، در این تحقیق به طراحی الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران پرداخته شد. یافته‌های این تحقیق نشان داد که سیاست‌گذاری در بخش سلامت مساله‌ای پیچیده و چندبعدی است و برای تامین منافع ذینفعان مختلف، نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها و اقدامات مورد استفاده قرار گیرد.

براساس یافته‌های تحقیق، الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی طراحی شد که مجموعه‌ای از محرک‌ها و پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدها را دربرمی‌گیرد. براساس یافته‌های تحقیق، ۵ راهبرد شامل ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان، بهبود خدمات بیمه، ارتقای عدالت بیمه‌ای، مدیریت منابع و بهره‌گیری از رویکرد پایداری را برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان شناسایی شد. نخستین راهبرد، به این مساله می‌پردازد که نیاز است که در بخش بیمه‌های درمان،

مدیریت واحد و یکپارچه حاکم شود و منافع ذینفعان مختلف در فرآیند سیاست‌گذاری مدنظر قرار گیرد. این راهبرد با نتایج تحقیق اکبری و همکاران (۱۴۰۰) و رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) همراستا است و همچنین، در تحقیق افری و همکاران (۲۰۲۲) بر اهمیت مدیریت یکپارچه در بخش بیمه سلامت تاکید شده است. از طرفی، راهبرد بهبود خدمات بیمه بر این موضوع تاکید دارد که بسته‌های خدمات بیمه به شکل هدفمندتری باید ارائه گردد و خدمات بیمه‌ای نیز به شکل متوازی توسعه پیدا کند. این راهبرد نیز با سیاست‌های کلی سلامت و یافته‌های تحقیق راثی و همکاران (۱۳۹۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۴) و صدیقی و همکاران (۱۳۹۱) سازگار است و آن‌ها را تایید می‌کند.

راهبرد دیگر، ارتقای عدالت بیمه‌ای است که بر ارتقای عدالت در هزینه‌های بهداشت و درمان و حمایت از اقشار کم درآمد جامعه و همچنین، توسعه بیمه برای اقشار خاص تاکید دارد. دستیابی به عدالت را یکی از آرمان‌های نظام سلامت می‌توان درنظرگرفت که بیمه‌ها نقشی تعیین‌کننده در این زمینه دارند. این راهبرد نیز با اصول قانون اساسی، قانون برنامه پنجم توسعه کشور و سیاست‌های کلی سلامت و نیز یافته‌های تحقیق اکبری و همکاران (۱۴۰۰) و مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) همراستا است و نتایج تحقیق افری و همکاران (۲۰۲۲) و ارلانگا و همکاران (۲۰۱۹) نیز بر عدالت در بخش بیمه سلامت تاکید دارد. همچنین، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، عدالت را به عنوان یکی از آرمان‌های بخش سلامت تعریف کرده است. چهارمین راهبرد شناسایی شده، مدیریت منابع است که بر مدیریت مطلوب منابع مالی و همچنین سایر منابع در جهت بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان تاکید دارد. این راهبرد توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) به عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت مورد تاکید قرار گرفته است. نهایتاً، بهره‌گیری از رویکرد پایداری آخرین راهبرد شناسایی شده است که بر توسعه متوازن و یکپارچه در بخش بیمه سلامت و توجه به مسائل مسئولیت اجتماعی تاکید دارد. این راهبرد کمتر در تحقیقات دیگر مورد توجه قرار گرفته

بهره‌مندی از این خدمات را ندارند و از طرفی، بسیاری از مردم تحت پوشش بیمه‌ها نیستند.

همچنین، بهبود سیاست‌های بیمه سلامت از مجموعه‌ای از عوامل زمینه‌ای که در سطح کلان و خرد تعریف می‌شوند، تشکیل می‌شوند. این عوامل بر بهبود سیاست‌های بیمه‌های درمان تأثیرگذار هستند و با توجه به اینکه شرایط این متغیرها به ویژه شرایط اقتصادی به شدت متغیر است، گاهی این عوامل موانع عمده‌ای بر سر راه اجرای راهبردهای بهبود ایجاد می‌کنند. عوامل کلان شامل عوامل محیط اقتصادی، محیط سیاسی و قانونی و محیط فرهنگی و اجتماعی است. همچنین؛ عوامل خرد شامل عواملی است که نسبت به محیط کلان به بخش بیمه سلامت نزدیک‌تر است و شدت تأثیر بالاتری دارد. نهایتاً، براساس الگوی تحقیق، مجموعه‌ای پیامدها از بهبود بیمه‌های سلامت ایجاد می‌شود که منافع آن هم در سطح عمومی برای بهبود سلامت جامعه و هم در سطح سازمانی و برای بیمه‌شدگان و دیگر ذینفعان قابل توجه است. پیامدهای عمومی مربوط به پیامدهای سلامت و پیامدهای جامعه است. از یک طرف، با بهبود سیاستگذاری سطح سلامت جامعه ارتقا می‌یابد و مواردی چون ارتقای سطح سلامت افراد و بهبود کیفیت خدمات سلامت محقق می‌شود. از طرف دیگر، پیامدهای جامعه مربوط به کل جامعه است و شامل مواردی چون افزایش نشاط جامعه، بهبود کیفیت نیروی انسانی فعال جامعه و بهبود رفاه جامعه می‌باشد. همچنین، علاوه بر پیامدهای عمومی، یکسری پیامدهای عملکردی نیز به دست می‌آید. از طرف دیگر، عملکرد سازمانی در شرکت‌های بیمه بهبود می‌یابد و اثربخشی سازمانی، سرعت و دقت در خدمات، سودآوری و اعتبار و برند سازمانی آن‌ها بهبود می‌یابد. نهایتاً، برای بیمه‌شدگان نیز نتایجی چون کاهش سهم هزینه پرداختی بیمه‌شدگان و رضایت آن‌ها حاصل می‌شود.

### نتیجه‌گیری

در مجموع براساس آنچه در این تحقیق حاصل شد، می‌توان

است؛ هرچند به طور ضمنی در تحقیقات پیشین اشاره شده، اما مورد اشاره صریح قرار نگرفته است.

همچنین، در این تحقیق مجموعه‌ای از پیشران‌ها شناسایی گردید که بر ضرورت بهبود سیاست‌های بیمه بهداشت و درمان تأکید دارد. پیشران‌های شناسایی شده در این تحقیق در واقع دلایل و عواملی هستند که بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران را ضروری می‌سازد. به عبارتی، پیشران‌ها چرایی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران را بیان می‌دارد. این پیشران‌ها در ۴ حوزه حاکمیت، سیاستگذاری، منابع و بیمه‌شدگان بودند که به منظور ایجاد بهبود در آن‌ها، مجموعه از راهبردها شناسایی گردید که در قسمت قبل بررسی شد. پیشران‌های حاکمیتی در مورد مسائل کلان در بخش بیمه سلامت است و به عبارتی مطرح می‌کند که مسائلی در سطح کلان وجود دارد که لزوم بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌ها را ضروری می‌سازد. این عوامل هم شامل مسائل مربوط به سازمان‌های بیمه گر و هم مسائل نظام بیمه‌ای کشور است. در مورد پیشران‌های سیاستگذاری باید گفت که متأسفانه سیاستگذاری بیمه سلامت چندان شریط مطلوبی ندارد. پیشران‌های سیاستگذاری هم مربوط به فرآیند سیاستگذاری و هم اجرای سیاست‌ها می‌شود و البته موارد مربوط به نهادهای متولی سیاستگذاری را در برمی‌گیرد. پیشران‌های منابع اشاره دارد که متأسفانه شرکت‌های بیمه و دولت شرایط چندان مطلوبی از نظر مالی ندارند و از طرفی، در بخش بیمه سلامت تناسب خوبی بین عرضه و تقاضا وجود ندارد و بیم آن می‌رود افزایش این شکاف در آینده‌ای نزدیک و بحران مالی، بخش بیمه سلامت را به سمت فروپاشی سوق دهد. نهایتاً، در مورد پیشران‌های بیمه‌شدگان می‌توان بیان کرد که در حال حاضر بیمه‌شدگان با دو مساله عدم پوشش مناسب و نیز حمایت نامطلوب مالی و هزینه‌ای از سوی بیمه‌ها مواجه هستند و این دو مساله سطح سلامت در جامعه را به سمت روند نزولی سوق می‌دهد. به عبارتی، مردم از یک طرف با افزایش هزینه‌های درمان و کاهش حمایت بیمه‌ها، توان مالی

نتیجه گرفت که بیمه‌های بهداشت و درمان در حوزه‌های مختلف دارای کاستی‌هایی هستند که نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها برای غلبه بر آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. البته، بهبود سیاست‌های بیمه‌های درمانی باید با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای تاثیرگذار باشد. همچنین، حرکت در مسیر روبه جلو در بخش بیمه‌های سلامت با توجه به چندبعدی بودن آن و تعدد ذینفعان و متغیرهای تاثیرگذار، پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و جامع‌نگر است. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی موانع اجرای سیاست‌های بهبود بیمه‌های سلامت و راهکارهای غلبه بر آن‌ها بررسی گردد. نهایتاً، مهم‌ترین محدودیت تحقیق این است که یافته‌های این پژوهش مربوط به بیمه‌های بهداشت و درمان در ایران می‌باشد و قابل تعمیم به سایر موارد مشابه نیست. ضمناً، با توجه به بحران بیماری کرونا، در دسترسی به خبرگان محدودیت‌هایی وجود داشت که با پیگیری محقق رفع شد. براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادات کاربردی به شکل زیر است:

- پیشنهاد می‌گردد با مشارکت کلیه ذینفعان مختلف، برنامه استراتژیک بخش بیمه سلامت تدوین شود و با لحاظ کردن قوت‌ها و ضعف‌ها و همچنین فرصت‌ها و تهدیدات پیش‌روی این صنعت، راهبردهایی که می‌تواند رشد و توسعه آن را فراهم کند، شناسایی گردد.

- پیشنهاد می‌گردد برنامه میان‌مدت و بلندمدت برای یکپارچه کردن بیمه‌های بهداشت و درمان در کشور تدوین شود و مسئولیت‌ها و نحوه نقش‌آفرینی هریک از ذینفعان در تحقق اهداف آن مشخص گردد.

- پیشنهاد می‌گردد تیمی متشکل از خبرگان و متخصصان صنعت بیمه تشکیل شود و مسئولیت پایش محیط خرد و کلان صنعت بیمه بهداشت و درمان و نیز طراحی برنامه متناسب با سناریوهای پیش‌روی این صنعت را برعهده گیرد.

- پیشنهاد می‌گردد به منظور ایجاد تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذینفعان در فرآیند سیاست‌گذاری، میزهای گفت‌وگو و کمیته‌های کارشناسی ایجاد شود و زمینه همفکری و ایجاد درک

مشترک فراهم گردد.

- پیشنهاد می‌گردد زمینه تعامل و ارتباط هرچه بیشتر با کشورهای موفق در زمینه بیمه‌های سلامت ایجاد گردد و از تجربیات و دانش آن‌ها پس از بومی سازی با شرایط کشور استفاده گردد.

- پیشنهاد می‌گردد نگاه علمی و مبتنی بر اصول حسابداری برای محاسبه قیمت تمام شده خدمات بیمه‌های سلامت استفاده گردد و سپس نسبت به قیمت گذاری خدمات اقدام گردد.

- پیشنهاد می‌گردد به منظور مدیریت مطلوب منابع مالی در بخش بیمه سلامت، از متخصصان و خبرگان مدیریت مالی و سرمایه‌گذاری در قالب تیم‌های مشاور و کارشناسی استفاده گردد.

- پیشنهاد می‌گردد در بخش بیمه‌های بهداشت و درمان سیستم‌های جانشین‌پروری و مدیریت استعدادها پیاده‌سازی گردد تا این صنعت بتواند نیازهای آتی خود به کارکنان دانشی و خبره را برطرف کند.

- پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه بیم آن می‌رود صنعت بیمه سلامت با بحران‌های متعددی در آینده ای نزدیک روبه رو شود، تیم‌های کارشناسی و خبره چند رشته‌ای و متخصص در امور مختلف از جمله مدیریت، مالی، بازاریابی، علوم اجتماعی، جمعیت‌شناسی، بهداشت و درمان و ... تشکیل گردد و برنامه‌های پیشگیرانه جهت غلبه بر بحران‌ها تدوین گردد.

- پیشنهاد می‌گردد با تولیت وزارت بهداشت و با تاکید بر تامین منافع کلیه ذینفعان، بیمه‌های بخش بهداشت و درمان یکپارچه و همراستا و زمینه‌های تعارض منافع شناسایی و رفع گردد.

- پیشنهاد می‌گردد با بهره‌گیری از ظرفیت فناوری اطلاعات، سیستم‌های اطلاعاتی جامع از بیمه‌شدگان و سایر ذینفعان مخاطب بیمه‌های بهداشت و درمان شناسایی گردد و در برنامه‌ریزی‌ها و اتخاذ تصمیمات استفاده گردد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در فرآیند پژوهش همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنند.

1. Fan H, Yan Q, Coyte PC, Yu W. Does Public Health Insurance Coverage Lead to Better Health Outcomes? Evidence from Chinese Adults. *Inquiry: a Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. 2019; 56(2): 1-14.
2. Afriyie DO, Krasniq B, Hooley B, Tediosi F, Fink G. Equity in health insurance schemes enrollment in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2022; 21(21): 1-12.
3. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*. 2019; 14(8):e0219731.
4. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki MR. Relationship between Health Insurance and Catastrophic Medical Payment in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Science; 2009. *Journal of economic research*. 2011; 1(1): 207-224.
5. Rasi V, Ghafari, S, Fazaeli, AA, Azizi F, Doosti F. Strategies for quantitative and qualitative development of health insurance, article 9 of General Health Policy Statement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran. 2019; 2 (3): 206-299.
6. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key Health Financing Policies with Approach Risk-Sharing to Promote Health Systems in Poor and Developing Countries; Africa and Eastern Mediterranean (WHO) Regions . *Iran J Health Educ Health Promot*. 2018; 6 (2): 200-202.
7. Arkorful VE, Lugu BK, Hammond A, Basiru I, Afriyie FA, Mohajan B. Examining Quality, Value, Satisfaction and Trust Dimensions: An Empirical Lens to Understand Health Insurance Systems Actual Usage. *Public Organization Review*. 2021; 21:471-489.
8. Paez A, Mallery C. A Little Knowledge Is a Risky Thing: Wide Gap in What People Think They Know about Health Insurance and What They Actually Know. 2014 AIR, <https://www.air.org/>.
9. Soni A. The effects of public health insurance on health behaviors: Evidence from the fifth year of Medicaid expansion. *Health Economics*. 2020; 29(12): 1586-1605.
10. McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(11):871-876.
11. Shamsoddini M, Hormoz B. Investigating the Effect of Financial Reform Policies on Health Insurance Development in Developing Countries. *Iran Journal of Health Insurance*. 2020; 3(2):104-115.
12. Karimi I, Maleki M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health Insurance Around the world: Comparative Study of in Selected

- Countries. The Journal of Toloo-e-behdasht. 2015; 14 (3):123-138.
13. Haushofer J, Chemin M, Jang C, Abraham J. Economic and psychological effects of health insurance and cash transfers: Evidence from a randomized experiment in Kenya. Journal of Development Economics. 2020; 144:102416.
  14. Khodayari M, Azim zadeh S, Tork zadeh L. Take a look at health insurance integration: Challenges and horizons ahead. Payesh, 2019; 18(4): 419-421.
  15. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. Iranina journal of epidemiology. 2017; 12 :74-84
  16. Mehrdošt A, Alavi Matin Y, RoštamZadeh R, IranZadeh S. Factors affecting the development of mental health insurance in Iran. Razi Journal of Medical Sciences. 2021; 28(5) :116-124
  17. Akbari M, Alimohamadzadeh K, Maher A, Hosseini S, Bahadori M. Systematic Analysis the Barriers to the Integration of Health Insurance in Iran Using the Dematel Approach. Journal of Militari Medicine. 2021; 23 (1): 90-98.
  18. Ahmadi A, Taheri E. Factors Affecting Health Expenditures of Households in Iran: Application of Ordered Probit Model. Journal of health administration. 2017; 20(67):89-98.
  19. Wray CM, Khare M, Keyhani, S. Access to Care, Cost of Care, and Satisfaction With Care Among Adults With Private and Public Health Insurance in the US. JAMA Network Open. 2021; 4(6): e2110275.
  20. Mandicó SG, Reichert A, Strupat C. The Social Value of Health Insurance: Results from Ghana. Journal of Public Economics. 2021; 194:104314.
  21. Nayak B, Bhattacharyya SS, Krishnamoorthy B. Application of digital technologies in health insurance for social good of bottom of pyramid customers in India. International Journal of Sociology and Social Policy. 2019; 39(9):752-77.
  22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2). 77-101.

## Designing an Improving Model for Health Insurance Development Policies in Iran

Fatemeh asadnejad<sup>1</sup>, karamolah daneshfard<sup>2\*</sup>, Reza najafbagy<sup>2</sup>

### Abstract

**Background and Objective:** Today, health insurance has an important role in promoting community health and well-being. In our country, health insurance has shortcomings that are mainly related to policy issues. Therefore, the purpose of this study is to design a model for improving health insurance development policies in Iran.

**Methods and Materials:** The present study is developmental-applied in terms of purpose and is in the group of exploratory mixed research. In the qualitative stage of this research, the theme analysis method was used and in the quantitative stage, structural equation modeling was used. In the qualitative stage, in order to design a research model, 26 academically and executive experts in the field of health insurance who were purposefully selected were interviewed. Also, in a quantitative phase, 186 managers and specialists in the field of health insurance who were randomly selected, were polled with a questionnaire.

**Results:** Based on the findings, 5 strategies were identified, including promoting macro-management in health insurance, improving insurance services, promoting insurance justice, resource management and using a sustainability approach. Also, the designed model includes variables related to drivers, contextual factors, strategies and consequences. Findings of data analysis by structural equation modeling showed that the components of the research model are approved and all estimated path coefficients are significant.

**Conclusion:** Finally, the results showed that by providing the interests of stakeholders and also considering all the variables affecting policy-making, it is possible to improve the health insurance policy-making process.

**Keywords:** Health insurance, Improvement model, Policy, Theme analysis

1. Ph.D. Candidate in Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2\*. Corresponding author. Professor of Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
Daneshfard@srbiau.ac.ir

3. Professor of Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran