

دارای رتبه علمی و پژوهشی
از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور



طب و تزکیه

فصلنامه علمی و پژوهشی

Medicine and Spiritual Cultivation

Ministry of Health and Medical Education

طب و تزکیه

ISSN:1608-2397

• سخن سردبیر

• اعتلای اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح در برنامه های آموزشی

سید حسن امامی رضوی، منظر امیرخانی ۱-۱۶

• آینده نگاری آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی

علیرضا طاهری، بهزاد شمس، هدی احمري طهران ۱۷-۲۹

• تمایل به پرداخت برای واکسن کرونا و ویروس ۲۰۱۹: یک مطالعه مروری

زهرا عبدلی، فریناز مقدسی، سمانه پنجه علی بیک، علی محمد اجاقی، اباسط میرزایی ۳۰-۴۱

• رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجوین پرستاری در محیط‌های بالینی با میانجیگری سلامت معنوی: مدل یابی معادلات ساختاری

علی محمد ملاصادقی، سارا حیدری، علیرضا افشانی، خدیجه نصیریانی ۴۲-۵۷

• ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا

سمیرا لقمان استرکی، امین حکیم ۵۸-۷۲

شناسنامه فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه

دوره ۳۲ شماره ۱

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طب و تزکیه

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فصلنامه

دکتر ابوالفضل باقری فرد

دکتر الهه ملکان راد

دکتر سید امیر پاشا طبیبیان

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

دکتر منظر امیرخانی، دکتر سمانه پنجه علی بیک، آقای مجید

عسکری

دوره ۳۲ شماره اول بهار ۱۴۰۲

الکترونیکی: ۱۶۰۸-۲۳۹۷

چاپی: ۶۲۳۹-۲۲۵۱

Google Scholar, Magiran, ISC, SID, CIVILICA

تهران، شهرک قدس (غرب)، خیابان سیمای ایران، وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی

TebTazkiyeh@behdasht.gov.ir

نام مجله:

صاحب امتیاز:

نوع نشریه:

مدیر مسئول:

سر دبیر:

دبیر اجرایی:

اعضای محترم هیات تحریریه به ترتیب حروف الفبا:

کارشناسان نشریه:

سال انتشار و نوبت چاپ:

شابک:

بانک‌ها و نمایه‌ها:

آدرس:

پست الکترونیک

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
--	سخن سردبیر
۱-۱۶	اعتلای اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح در برنامه های آموزشی سید حسن امامی رضوی؛ منظر امیرخانی
۱۷-۲۹	آینده نگاری آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی علیرضا طاهری؛ بهزاد شمس؛ هدی احمری طهران
۳۰-۴۱	تمایل به پرداخت برای واکسن کرونا و ویروس ۲۰۱۹: یک مطالعه مروری زهرا عبدلی؛ فریناز مقدسی؛ سمانه پنجه علی بیک؛ علی محمد اجاقی؛ اباسط میرزایی
۴۲-۵۷	رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیطهای بالینی با میانجیگری سلامت معنوی: مدل یابی معادلات ساختاری علی محمد ملاصادقی؛ سارا حیدری؛ علیرضا افشانی؛ خدیجه نصیریانی
۵۸-۷۲	ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا سمیرا لقمان استرکی؛ امین حکیم

خجسته تقارن ماه مبارک رمضان و بهار قرآن و نوروز و بهار طبیعت را به فال نیک گرفته و سالی سرشار از تعالی و پویایی برای خوانندگان گرامی فصلنامه علمی-پژوهشی طب و تزکیه از درگاه پروردگار متعال مسئلت دارم. بیش از سی سال از آغاز انتشار فصلنامه علمی-پژوهشی طب و تزکیه که تحت نظارت معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به چاپ می‌رسد، می‌گذرد. در گذر زمان این نشریه همواره در پی آن بوده مسیری پویا و رو به ارتقا را طی نماید.

تزکیه نفس به معنای پاک‌سازی روح و قلب از صفات ناپسند و بدی‌ها و پرورش صفات نیک و اخلاق مطلوب از محورهای اصلی این نشریه می‌باشد. این نشریه می‌کوشد تا ابعاد اخلاقی و معنوی را در آموزش پزشکی ادغام نموده و با نگرشی جامع به رشد همه‌جانبه ابعاد شخصیتی و حرفه‌ای متخصصان محترم در حوزه‌های مختلف علوم پزشکی، گام‌های مؤثری در جهت ارتقای اخلاقی و حرفه‌ای خدمتگزاران عرصه بهداشت و درمان در کشور بردارد. در قرآن کریم، خداوند در آیه ۱۸ سوره مبارکه فاطمی فرماید: «ومن تزکی فانما یتزکی» (هر کس پاکی پیشه کند، نتیجه آن به خودش بازمی‌گردد). گرچه در حال حاضر این نشریه به عنوان یک مجله *multidisciplinary* عمل می‌کند، لیکن از پذیرش مقالات با رویکرد *interdisciplinary* نیز در چهار محور اصلی زیر بسیار استقبال می‌نماید:

۱. سیاستگذاری و مدیریت آموزش و سلامت

۲. سلامت معنوی (Spiritual Health)

۳. اخلاق و تعهد حرفه‌ای در علوم پزشکی

۴. آموزش علوم پزشکی

تأثیرات معنویت (spirituality) بر سلامتی متعدد بوده و شامل اثرات مثبت آن بر افزایش طول عمر، افزایش سازگاری با بیماری، درد و استرس‌های زندگی شامل سوگ از دست دادن عزیزان، و افزایش بهبودی پس از ابتلا به بیماری یا به دنبال جراحی می‌گردد (۱). لذا متخصصان محترم علوم پزشکی نه تنها باید مراقب سلامت معنوی خویش باشند بلکه باید سلامت معنوی بیماران گرامی را نیز مدنظر قرار دهند. اخیراً، آموزش مراقبت‌های معنوی (spiritual care) در کوریکولوم آموزش پزشکی، به‌ویژه در رشته طب تسکینی (palliative medicine)، به‌منظور کاهش درد جامع (total pain)، مورد توجه قرار گرفته است (۲). امیدواریم در آینده شاهد رشد مقالات در زمینه سلامت معنوی و مراقبت‌های معنوی در آموزش علوم پزشکی و ارائه مراقبت‌های سلامت باشیم.

بازخوردهای سازنده نویسندگان ارجمند، داوران گرامی و خوانندگان عزیز این نشریه همواره مورد استقبال قرار می‌گیرد. در خاتمه از همراهی جامعه فرهیخته علوم پزشکی بسیار سپاسگزارم و امیدوارم بتوانیم به یاری پروردگار و با همت و کوشش روزافزون به صورت مستمر در راستای کیفی این نشریه گام‌های بلندی برداریم.

References

1. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2001 Oct;14(4):352-7.
2. Batzler YN, Stricker N, Bakus S, Schallenburger M, Schwartz J, Neukirchen M. Implementing spiritual care education into the teaching of palliative medicine: an outcome evaluation. BMC Med Educ. 2024 Apr 15;24(1):411.

اعتلای اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح در برنامه‌های آموزشی

سید حسن امامی رضوی^۱، منظر امیرخانی^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: خدمات بهداشتی و درمانی یکی از نیازهای اساسی هر جامعه است. ذینفعان بهداشت و درمان مردم هستند، در نتیجه حرفه پزشکی و گروه‌های مرتبط با آن باید به اصول و قوانین اخلاقی خاصی پایبند باشند. هدف این پژوهش ارائه راهبردهای توسعه و تبیین مفهوم اخلاق حرفه‌ای در نظام سلامت از دیدگاه اسلام و چگونگی توانمندسازی دانشجویان در این زمینه می باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مرور روایی است که در بازه زمانی آبان ماه ۱۴۰۰ لغایت دی ماه ۱۴۰۱ انجام شد. این تحقیق با تحلیل برترین اسناد ملی، کتب مرجع، اسناد مرتبط با اخلاق حرفه‌ای و سایر متون علمی مرتبط، مفاهیم پیشین اخلاق حرفه‌ای، راهبردهای موجود و ترکیب مولفه‌های مختلف آن در سلامت در منابع داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر ضمن تبیین و تعریف مفاهیم اخلاق حرفه‌ای، روش‌های تعمیق و اجرای مصادیق اخلاق حرفه‌ای مورد بحث و بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که گنجاندن اخلاق حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی، اجرای مؤثر آن توسط گروه‌های آموزشی و اصلاح فرآیندهای آموزش اخلاق حرفه‌ای می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات و اعتمادسازی در حوزه سلامت مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از اهمیت پرداختن و اجرای پررنگ‌تر مقوله اخلاق حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی می‌باشد. در این راستا برگزاری جلسات تخصصی مؤثر است. همچنین تشکیل کارگروهی برای تدوین استانداردهای مربوطه در وزارت بهداشت ضروری بنظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: اخلاق، اخلاق حرفه‌ای، نظام سلامت، برنامه‌های آموزشی در علوم پزشکی

۱. عضو هیات علمی گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.. shemamirazavi@gmail.com

۲. نویسنده مسؤل: دکتری تخصصی مشاوره، معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. manzaramirkhani@gmail.com

مقدمه

اخلاق^۱، خوی و ویژگی های درونی انسان است که منشأ رفتارهای وی بوده و عمیق ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتار آدمی دارد. به عبارت دیگر اخلاق ساختار وجودی انسان است (۱). اخلاق حرفه ای یکی از شعبه های جدید علم اخلاق می باشد که می کوشد به مسائل اخلاقی حرفه های گوناگون پاسخ داده و برای آن اصولی خاص متصور است (۲). اخلاق حرفه ای^۲ چارچوبی است که در شغل های مختلف برای تعیین حدود و قواعد ارائه خدمت و تعامل بین گیرنده و ارائه کننده خدمت تعیین می گردد. برخلاف تصور در تمامی حرفه ها قواعد مشخصی وجود دارد و این قواعد تنها مختص به حرفه قاعده مند مثل پزشکی و حقوق نمی باشد (۲).

در هم تنیدگی های عصر جدید در حیطه های متفاوت زندگی سبب شده که اخلاق در حرفه های جداگانه از جمله اخلاق در مدیران، سرپرستان، محققان، و کلا و از جمله پزشکان مطرح گردد (۲). اخلاق پزشکی یکی از شاخه های اخلاق کاربردی حرفه ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم گیری های اخلاقی طب وارد نماید. همچنین اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش رفتار، احساسات، استدلال و بحث های مختلف در حیطه تصمیم گیری های اخلاقی پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می شود و در موارد لازم دستورالعمل هایی صادر می گردد. تصمیمات اخلاق پزشکی در حیطه عملکرد طبی بدیهیات، ارزش ها، خوب یا بد، صحیح یا نادرست و باید و نبایدها را مشخص می سازد (۱). به بیانی دیگر؛ اخلاق پزشکی یک مقوله کاربردی است که راهکارهای سازمان یافته را برای کمک به پزشک در تبیین، تحلیل و حل مباحث اخلاق در طب بالینی فراهم می نماید (۳). در سیاست های کلی سلامت

ذیل بند ۱۳ ذکر شده که نظام آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران موظف است نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه ای، دارای مهارت و شایستگی های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور را برای نظام سلامت تربیت نماید (۴).

در متون علمی، اخلاق خوی و ویژگی های درونی انسان است که منشأ رفتار انسان ها بوده و عمیق ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتار آدمی دارد. به عبارت دیگر اخلاق، ساختار وجودی انسان است (۱). در مقابل اخلاق حرفه ای، اصول کلی تر اخلاق در فضای خاص حرفه را بیان می نماید. اخلاق حرفه ای در حوزه پزشکی، رفتار اخلاقی در این حیطه را شرح می دهد. همچنین چارچوب پیوسته ای را ایجاد می کند که در آن بهترین سطح خدمات سلامت اتفاق بیافتد (۱). لذا تفاوت اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه ای در این است که اخلاق پزشکی اصول کلی، قوانین و ضوابط حاکم را در حوزه ارائه خدمت را تعریف می کند و اخلاق حرفه ای نحوه و روش رفتار حرفه ای را شرح می دهد. جهت آشنایی با حیطه های مهم اخلاق حرفه ای شناخت مکاتب اخلاقی مختلف لازم می باشد. با آگاهی از ارزش های اخلاقی پایه نظام های سلامت مختلف می توان مسیر مباحث را روشن نمود (۵).

مکاتب اخلاقی

شناختن مکاتب اخلاقی مختلف برای آشنایی با حیطه های مهم اخلاق حرفه ای لازم است. در نظام های سلامت مختلف، آگاهی از ارزش های اخلاقی پایه آن نظام می تواند جهت بحث ها را مشخص نماید. همچنین با شناختن مکاتب اخلاقی می توانیم مسیر حرکت خود را مشخص کنیم (۵).

الف: مکتب اخلاقی مبتنی بر حقوق افراد (نگاه به نقطه آغازین) - لیبرالیسم^۱:

مفهوم بنیادی از نظر لیبرال ها مساله حقوق است. یعنی

1. Ethics

2. Professional ethics

1. liberalism

شاخص‌هایی را تعریف می‌کنند و بر اساس این شاخص‌ها وضعیت سلامتی افراد سنجیده می‌شود. دیدگاه تمرکز بر مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ براساس این نظریه اخلاقی شکل گرفته است. سودگرایان عینی تلاش می‌کنند که بیشترین رفاه را برای عموم جامعه فراهم کنند.

ج: مکتب مبتنی بر فضیلت (جامعه خوب) - جامعه‌گرایی^۲:

این دیدگاه بر ماهیت جامعه تاکید دارد. این نظریه بر این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می‌دهند بستگی دارد. از این نظر دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نماید. این دیدگاه هم به دو دسته تقسیم می‌شود. جامعه‌گرایان جهانی که معتقدند یک الگوی جهانی برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد که جوامع مذهبی را ذیل این گروه دسته بندی می‌کنند. گروه دوم که معتقدند هر جامعه، خود باید بر اساس هنجارها و روش‌های ساماندهی خود تصمیم‌گیری نماید که بسیاری از اقلیت‌های مذهبی و قومی جزو این دسته هستند.

د: دیدگاه اخلاقی اسلام:

یک نکته اساسی در دیدگاه اخلاقی اسلام این است که اخلاق از جهان بینی جدا نیست و دیدگاه‌های سودگرا، حق‌گرا و جامعه‌گرا بر اساس نگاه فلسفی خاصی شکل گرفته اند اما دیدگاه فلسفی اسلام کمال مطلوب‌اش قرب و نزدیکی وجود انسان به خدای تبارک و تعالی و متصف شدن انسان به صفات خوب خداوند می‌باشد. در دیدگاه اسلام اخلاق آن‌گونه رفتار انسانی است که از روح زیبا سرچشمه می‌گیرد و زیبایی روح در سایه تعادل قوا و توازن تمایلات درونی انسان است. لذا نظام اخلاقی اسلام هم نتیجه گرا و هم فضیلت‌گرا می‌باشد (۵).

مطالباتی که تمامی افراد می‌توانند به خاطر انسان بودن خود از دیگران داشته باشند. حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل توسط لیبرال‌ها به دو روش تفسیر می‌شوند. آزادی خواهان^۱ معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق آزادی فردی را تضمین می‌کند تا افراد بتوانند آنچه را که می‌خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب‌های فردی خود انجام دهند. در مقابل لیبرال‌های مساوات طلب^۲ معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع، امری بی‌معنی است. آنها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران به عنوان کنشگران اخلاقی نیازمند آن است که ما پیش شرط‌های لازم برای ممکن ساختن انتخاب معنی‌دار را برای آن‌ها فراهم کنیم. از این رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منابع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت‌ها خواهد بود.

ب: مکتب مبتنی بر نتیجه کار (نگاه به نقطه انتهایی) -

سودگرایی^۳:

این رویکرد مبتنی بر پیامدها است. و می‌خواهد خیر حداکثر را برای همه افراد تامین نماید. این رویکرد نیز هم به دو گروه تقسیم می‌شوند. سودگرایی غیرعینی^۴ که بر اساس نظریه جرمی بنتام^۵ شکل گرفته که معتقد است درستی عمل به‌وسیله برآیند لذتی است که در نتیجه در کنار هم گذاشتن رنج‌ها و لذت‌های یک عمل به دست می‌آید. سودگرایان غیرعینی ابراز می‌دارند که وقتی فعالیت را انجام می‌دهیم باید متوجه باشیم منفعتی که به دست می‌آوریم بیش از منفعتی باشد که از دست می‌دهیم (هزینه-فایده). در مقابل آن سودگرایی عینی^۶ در این دیدگاه چون به پایایی و روایی انتخاب‌های فردی شک دارد، متخصصان

1. Libertarians
2. Egalitarian liberals
3. Utilitarianism
4. Subjective utilitarianism
5. Jeremy Bentham
6. Objective utilitarianism

1. primary health care

2. Communitarianism

توسعه حوزه اخلاق حرفه‌ای

یکی از مسایل مهم در حوزه‌ی اخلاق حرفه‌ای، توسعه آن می‌باشد. در طی سالیان گذشته مفهوم اخلاق حرفه‌ای با عناوین مختلف در نظام سلامت ایران مطرح شده است. به‌عنوان گام نخست در این زمینه نخستین بار در سال ۱۳۸۲ معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تهیه مستندی تحت عنوان "منشور حقوق بیماران" اقدام و آن را به مراکز درمانی ابلاغ نمود و دستور نصب منشور نامبرده را در دید عموم صادر نمود که با مخالفت برخی از ارائه کنندگان خدمات به دلیل "عدم امکان اجرای مفاد آن، بالا بردن توقع مردم و ایجاد نارضایتی" مواجه گردید. در طی سال‌های بعد به مرور مفاهیم جایگاه خود را پیدا نمود بطوری‌که در محیط‌های آموزشی و درمانی دستورالعمل‌هایی در این زمینه توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید. در سال ۱۳۹۴ معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز مجموعه از دستورالعمل و ابزارهای ارزشیابی پای‌بندی به اصول حرفه‌ای دستیاران را تهیه و ابلاغ نمود اما این دستورالعمل تفصیلی به‌علت مخالفت معاونت دانشجویی وزارت متبوع (با این استدلال که با وظایف کمیته انضباطی دانشجویان تداخل دارد) در اجراء دچار مشکل شد و هماهنگی‌های بعدی نیز جهت اصلاح آن به‌علت تغییر مدیریت ها منتج به نتیجه نگردید (۶).

در سال ۱۳۹۷ شورایی عالی سازمان نظام پزشکی به تصویب و ابلاغ "راهنمای اخلاق حرفه‌ای" اقدام نمود که در حال حاضر کامل‌ترین سند در دسترس در این زمینه می‌باشد. این راهنما در اصل آئین‌نامه اجرائی با ۱۴۰ ماده در ۱۳ فصل می‌باشد که تمامی مفاد آن تکلیفی بوده و در تمامی موارد تکالیف مشخص و مبسوطی را برای شاغلان حرف پزشکی معین نموده است. بطوری‌که در ۴۸ ماده عبارت "لازم است"، ۱۸ ماده عبارت "مکلفند"، ۱۵ ماده عبارت "باید"، ۱۲ ماده عبارت "موظفند"، ۸ ماده عبارت "نباید"، ۶ ماده عبارت "ممنوع است"، ۳ ماده عبارت

"مستثول هستند"، ۲ ماده عبارت ضروری است، ۲ ماده عبارت "مجاز نیست، یک ماده عبارت "مجاز است" و در ۱ ماده عبارت "اطمینان حاصل کنند"، مندرج گردیده است (۷).

عناوین فصل‌های دوازده‌گانه که کامل و جامع به نظر می‌رسند عبارتند از: کلیات و جایگاه سند، تکالیف عام (۱۴ ماده)، ارائه خدمت استاندارد و با کیفیت (۱۰ ماده)، اولویت منافع بیمار (۲۳ ماده)، رعایت انصاف و بی طرفی (۴ ماده)، صداقت و درستکاری (۸ ماده)، احترام به حق انتخاب دریافت‌کنندگان خدمات سلامت (۱۶ ماده)، رازداری و حفظ حریم خصوصی (۱۴ ماده)، مدیریت خطاهای پزشکی (۹ ماده)، ارتباط با دیگر همکاران (۶ ماده)، مسئولیت‌های اجتماعی و سازمانی حرفه‌مندان (۶ ماده)، پوشش حرفه‌ای در محیط‌های بالینی (۸ ماده)، آموزش و پژوهش‌های پزشکی (۲۲ ماده) (۷).

با دقت در مفاد این مواد و توزیع آنها متوجه می‌شویم که همه حیطه‌ها و خصوصیات اخلاق حرفه‌ای شناخته شده در این ۱۲ فصل گنجانیده شده‌اند. همچنین برخی از حیطه‌ها به دلیل اهمیت در فصول جداگانه ذکر و مورد تاکید قرار گرفته است. آنچه مهم است ضمانت اجرایی این سند، راهنما یا دستورالعمل است. در مراجعه به سایت سازمان نظام پزشکی کشور موردی تحت عنوان "ثبت شکایات" وجود دارد که به توضیح فرآیند ثبت شکایات پرداخته اما به راهنمای فوق‌الذکر و کارائی آن جهت مخاطب عام اشاره‌ای نشده است. در لینک مربوط به راهنما که در صفحه اصلی قابل مشاهده است، توضیحی برای مخاطب عام وجود ندارد؛ این در حالی است که انتشار راهنمای جامع فوق‌الذکر و آگاهی عموم مردم و اجراء در عمل منتج به چند گام به جلو در جهت اجرایی‌سازی اخلاق حرفه‌ای در نزد حرفه‌مندان گروه پزشکی منجر خواهد شد (۷).

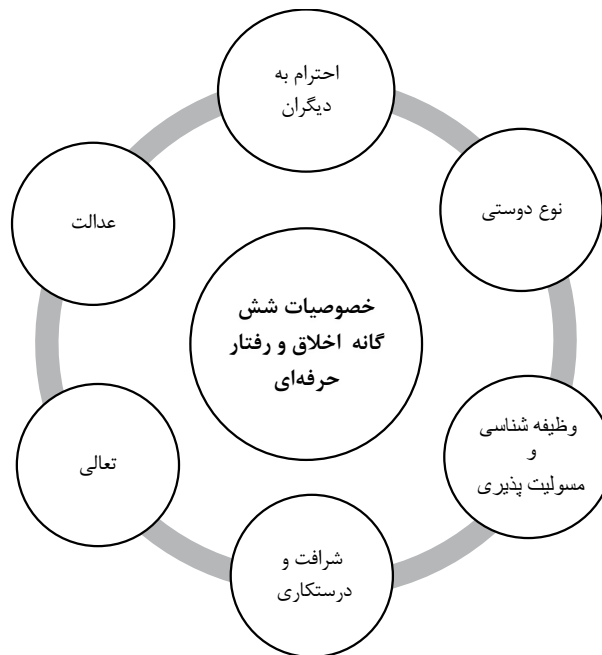
خصوصیات اخلاق و رفتار حرفه‌ای گروه پزشکی

حرفه پزشکی و گروه‌های وابسته به‌علت حساسیت مخاطب

و نیازهایی که همه مردم در مواجهه با خدمات پزشکی دارند، ضوابط و مقررات مهمی را طلب می‌کند. بطور کلی لازم است افراد حرفه‌مند پزشکی و گروه‌های وابسته به موضوعاتی چون مسئولیت حرفه‌ای، ارتقای توانمندی، صداقت با گیرنده خدمات

سلامت، رازداری بیمار، حفظ رابطه مناسب با بیماران، بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌ها، سهولت دسترسی به خدمات، تعهد به توزیع عادلانه منابع محدود، تولید دانش و حفظ اعتماد از طریق مدیریت صحیح تعارض منافع متعهد شوند (۶).

نمودار ۱. خصوصیات شش‌گانه اخلاق و رفتار حرفه‌ای



در اخلاق و رفتار حرفه‌ای گروه پزشکی خصوصیتی هم شمرده شده است. این خصوصیات در منابع مختلف، متفاوت است. در این پژوهش خصوصیات شش‌گانه نوع دوستی^۱، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری^۲، احترام به دیگران^۳، شرافت و درستکاری^۴، تعالی^۵ و عدالت^۶ مورد بحث قرار می‌گیرد. که در ادامه در خصوص ابعاد شش‌گانه آن توضیحاتی ارائه می‌گردد این خصوصیات در نمودار شماره (۱) نیز ترسیم گردیده است (۶).

نوع دوستی: به معنای درک مشکلات مردم و همدلی با آنان

است. پزشک و حرفه‌مند گروه پزشکی لازم است همواره خود را در سطح مردم عادی بداند و از جان و دل خدمتگذار آنها باشد، هرگز در مقام فخر فروشی برنیاید، خود را جزء مردم دانسته و در صدد رفع آلام آنان برآید.

وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری: حرفه‌مند گروه پزشکی باید کاملاً مسئولیت‌پذیر و وظیفه‌شناس باشد.

احترام به دیگران: بایسته است که حرفه‌مندان پزشکی به مراجعه‌کنندگان و همکاران احترام گذارند. احترام تنها به معنای تعظیم ظاهری نبوده، بلکه باید در همه رفتار و شئونات مورد توجه و عنایت قرار گیرد.

شرافت و درستکاری: هرچند شرافت و درستکاری در هر شغل و حرفه‌ای مورد تأکید است. لیکن در حرفه پزشکی و

1. Altruism
2. Duty and responsibility
3. Respect for others
4. Honor and integrity
5. Excellence
6. Justice

اعتدالی اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح ...

راهبرد طرح حوزه اخلاق حرفه ای در برنامه های آموزشی

بطور کلی برنامه های آموزشی در حوزه علوم پزشکی در حال حاضر گستره قابل توجهی دارند. این برنامه های مصوب در کشور شامل ۱۶ رشته در مقطع کاردانی، ۳۴ رشته در مقطع کارشناسی، ۱۰۹ رشته در مقطع کارشناسی ارشد، ۸۷ رشته در مقطع دکتری تخصصی^۱، ۳ رشته در مقطع دکترای حرفه ای (پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی)، ۱۰ رشته تخصصی در رشته دندانپزشکی، ۲۷ رشته تخصصی در پزشکی، ۲۵ رشته فوق تخصصی در پزشکی، ۲۴ رشته فلوشیپ در پزشکی، ۱ رشته تخصصی در داروسازی و ۲ رشته فلوشیپ در داروسازی می باشد.

گروه های وابسته اهمیت آن دو چندان است. اصولا شرافت و طبابت از ابتدا با هم عجین بوده اند.

تعالی: لازم است حرفه مندان گروه پزشکی همواره به دنبال علم روز باشند و با استفاده از آخرین اطلاعات و دانش روز به مراقبت از گیرندگان خدمت بپردازد.

عدالت: این موضوع هم در خصوص حرفه مندان پزشکی و بطور اخص مربوط به حاکمیت و حکمرانی نظام سلامت بوده که باید منابع محدود را بطور عادلانه بین همه افراد و بخصوص نیازمندان توزیع نماید (۶).

جدول ۱. نحوه اجرا و انتظارات آموزش اخلاق حرفه ای از دستیاران و دانش آموختگان دوره تخصص پزشکی در رشته داخلی

حوزه	نحوه اجراء و انتظارات آموزش اخلاق حرفه
توجه دوسنی	<ul style="list-style-type: none"> ▪ منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند. ▪ در مواجهه با بیماران مختلف، عدالت را رعایت کنند. ▪ در برخورد با بیماران به تمام ابعاد جسمی، روانی واجتماعی آنان توجه داشته باشند. ▪ در تمامی مراحل مراقبت از بیماران وقت کافی صرف نمایند. ▪ به خواسته ها و آلام بیماران توجه داشته باشند. ▪ منشور حقوق بیمار را در شرایط مختلف رعایت کرده و از آن دفاع کنند.
وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری	<ul style="list-style-type: none"> ▪ نسبت به انجام وظائف خود تعهد کافی داشته باشند. ▪ به سوالات بیماران پاسخ دهند. ▪ اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار را با مناسب ترین شیوه در اختیار وی و همراهانش قرار دهند. ▪ از دخالت های بی مورد در کار همکاران پرهیز نمایند و با اعضای تیم سلامت تعامل سازنده داشته باشند. ▪ در تمامی مراحل مراقبت و انتقال بیماران احساس مسئولیت نمایند. ▪ برای مصاحبه، انجام معاینه و هر کار تشخیصی درمانی از بیماران اجازه بگیرند. ▪ در رابطه با پیشگیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد، انتقال بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی به طور مناسب به بیماران آموزش دهند
درستکاری و شرافت	<ul style="list-style-type: none"> ▪ راستگو باشند. ▪ درستکار باشند. ▪ رازدار باشند. ▪ حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایند.
احترام به دیگران	<ul style="list-style-type: none"> ▪ به عقاید، آداب، رسوم و عادات بیماران احترام بگذارند. ▪ بیمار را به عنوان یک انسان در نظر گرفته، نام و مشخصات وی را با احترام یاد کنند. ▪ به وقت بیماران احترام گذاشته، نظم و ترتیب را رعایت نمایند. ▪ به همراهان بیمار، همکاران و کادر تیم درمانی احترام بگذارند. ▪ وضعیت ظاهری آنها مطابق با شئونات حرفه ای باشد.

حوزه	نحوه اجراء و انتظارات آموزش اخلاق حرفه
تعالی	<ul style="list-style-type: none"> ▪ انتقاد پذیر باشند. ▪ محدودیت های علمی خود را شناخته، در موارد لازم مشاوره و کمک بخواهند. ▪ به طور مستمر، دانش و توانمندیهای خود را ارتقاء دهند. ▪ اقدامات تشخیصی درمانی مناسب را مطابق با امکانات و دستاوردهای علمی در دسترس انجام دهند. ▪ استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی را رعایت کنند.
سایر انتظارات در راستای تحکیم اخلاق حرفه ای	<ul style="list-style-type: none"> ▪ به فراهم کردن شرایط فیزیکی مناسب کمک نماید. ▪ شرایط مناسب جهت انجام امور شخصی و خصوصی در محیط های آموزشی و درمانی نظیر استفاده از پرده و پاراوان در هنگام معاینات و... را فراهم سازد. ▪ به حضور یک پرستار همجنس بیمار یا همراه محرم او در کلیه معاینات پزشکی در کنار پزشک (دستیار) و بیمار توجه نماید. ▪ سیستم هم اتاقی بیمار و همراه (بطور مثال سیستم هم اتاقی مادر و کودک در بخش های کودکان) را فراهم سازد. ▪ به ایجاد محیط مناسب، مطمئن و ایمن متناسب با باور های دینی و فرهنگی بیماران، همراهان، اساتید و فراگیران (نظیر فراهم سازی محل نماز و نیایش برای متقاضیان کمک به اصلاح فرآیندهای اجرایی) کمک کند. ▪ با مدیران اجرایی بیمارستان در جهت اصلاح فرآیندهای اجرایی نظیر فرایندهای جاری در بخش های پذیرش، بستری، تامین دارو، تجهیزات و ترخیص بیماران جهت طی امور به آسانی و جلوگیری از سردرگمی آن ها همکاری کند. ▪ به تکریم مراجعین و کارکنان بیمارستان توجه نماید. ▪ به فرایندهای اجرائی بیمارستان در جهت تسهیل ارائه خدمات و رفاه حداکثری بیماران و ارائه پیشنهادات اصلاحی به مدیران بیمارستان توجه کند ▪ به فراهم شدن جو مناسب آموزشی کمک نماید. ▪ در ایجاد جو صمیمی و احترام آمیز در محیط های آموزشی مشارکت به عمل آورد. ▪ در جهت حذف هرگونه تهدید و تحقیر در محیط های آموزشی تلاش کند. ▪ جهت همکاری های مناسب و موثر بین بخشی و بین رشته ای اقدامات لازم را به عمل آورد ▪ در سازمان دهی و مشارکت در کارهای تیمی کوشا باشد. ▪ عملکرد مناسب کارکنان، دستیاران سال پایین تر و فراگیران دیگر را در موقعیت مناسب تشویق نماید ▪ در معرفی الگوها به مسئولین آموزشی مشارکت داشته باشد. ▪ در تقویت الگوسازی مشارکت فعال داشته باشد. ▪ در جهت تقویت ارتباطات بین فردی تلاش نماید. ▪ در تدوین ارائه دستورالعمل های آموزشی به فراگیران مشارکت و همکاری نماید. ▪ در رعایت حقوق مادی، معنوی و اجتماعی اساتید، دانشجویان و اعضای تیم سلامت ترویج راهبرد بیمارمحوری تلاش نماید. ▪ از حقوق مادی، معنوی و پزشکی بیماران اعم از جسمی، روانی و اجتماعی با هر نژاد، مذهب، سن، جنس و طبقه اقتصادی اجتماعی (در تمام شرایط) حمایت کند. ▪ اعتماد و اطمینان بیمار را در جهت رعایت حقوق وی به عمل آورد. ▪ ارتباط اجتماعی مناسب با بیماران نظیر پیش سلامی، خوشرویی، همدردی، امید دادن و غیره داشته باشد. ▪ در تمامی شرایط با حوصله به سوالات بیماران پاسخو باشد. ▪ نحوه پاسخگویی مناسب به سوالات بیماران را به دستیاران سال پایین تر و دیگر فراگیران آموزش دهد.

اعتدالی اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح ...

در بین پزشکان، پژوهشی در سال ۱۴۰۰ با هدف بررسی رعایت اخلاق حرفه ای توسط همکاران پزشکان از نگاه دانشجویان رشته پزشکی عمومی انجام شد. نمونه های این مطالعه از بین دانشجویان پزشکی عمومی ورودی سال های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۵ دانشگاه علوم پزشکی تهران با نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و از طریق تکمیل پرسشنامه ای محقق ساخته با ۱۲ سوال و با نمره گذاری در طیف لیکرت ۵ تایی طراحی، توسط ۸۵ نفر از دانشجویان تکمیل و نظرات آنان اخذ گردید. تجزیه و تحلیل داده نشان داد که ۷۵٪ از پاسخ دهندگان مرد و ۲۵٪ زن که میانه سن آنان ۲۳ سال بود. اکثریت دانشجویان به پرسش ها پاسخ های مورد انتظار و درست را ارائه نمودند.

در تمامی این برنامه ها چارچوبی برای آموزش و توانمندسازی دانش آموختگان در حوزه اخلاق حرفه ای وجود دارد که حجم و محتوای آن در هر یک از رشته ها متفاوت است (۸) در راستای خصوصیات اخلاق و رفتار حرفه ای گروه پزشکی می توان به عنوان نمونه به نحوه اجراء و انتظارات آموزش اخلاق حرفه ای از دستیاران و دانش آموختگان دوره تخصص پزشکی رشته داخلی اشاره داشت که شرح آن در جدول شماره (۱) به تفصیل ذکر شده است (۹).

یک مطالعه کمی

در راستای بررسی تحقق برنامه های آموزشی اخلاق حرفه ای

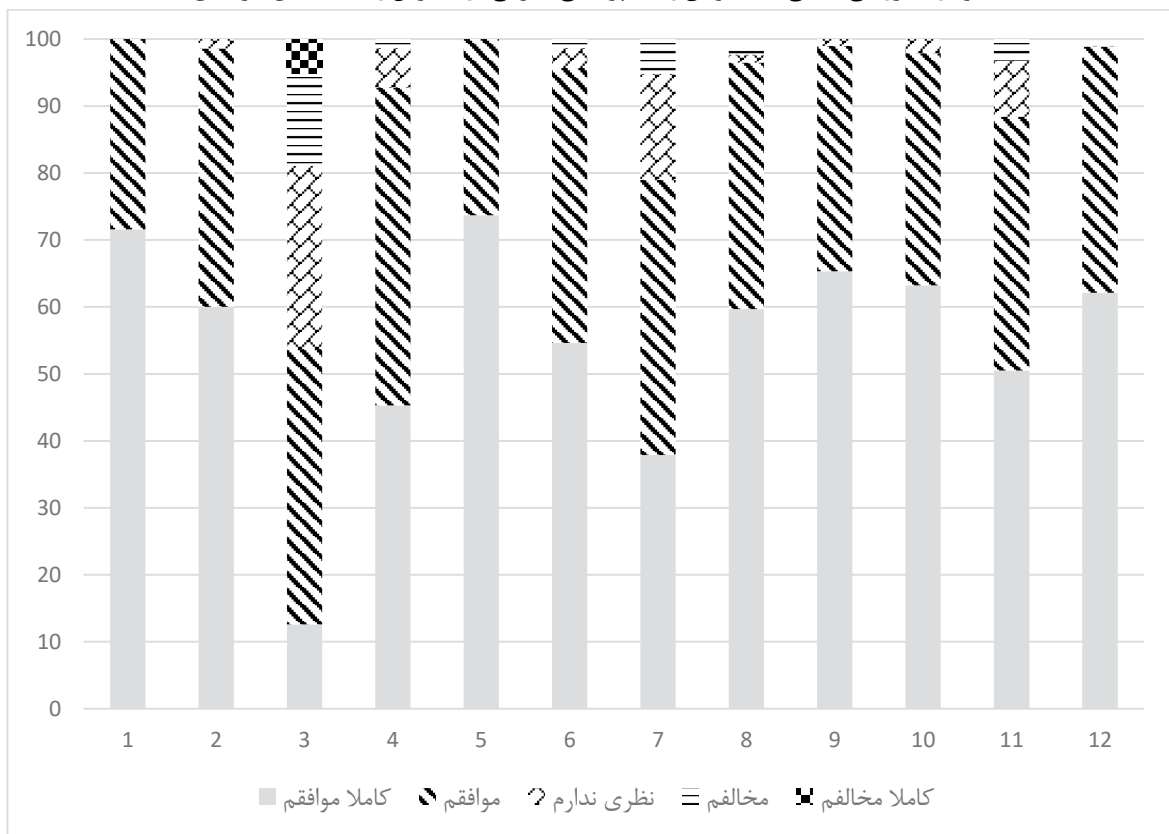
جدول ۲. بررسی رعایت اخلاق حرفه ای توسط پزشکان از نگاه دانشجویان رشته پزشکی عمومی

ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	پزشک باید بتواند با بیماران با طبقات اجتماعی مختلف ارتباط مناسب ایجاد کرده و کار درمان آنها را به درستی انجام دهند.	۷۱.۶	۲۸.۴	۰	۰	۰
۲	پزشک باید اطلاعات کافی در مورد بیماری، راه های مختلف درمان، هزینه هر یک از روش ها و ... را در اختیار همراهان و بیمار قرار دهد.	۶۰	۳۸.۶	۱.۴	۰	۰
۳	در صورت لزوم پزشک باید به افرادی که نمی توانند کارهایشان را انجام دهند کمک کند.	۱۲.۶	۴۱.۱	۲۷.۴	۱۳.۷	۵.۲
۴	پزشک باید مسئولیت فعالیت های خود را به طور کامل بپذیرد.	۴۵.۳	۴۷.۴	۶	۱.۳	۰
۵	در مواردیکه پزشک در مورد درمان یا تشخیصی شک دارد باید از افرادی که در این زمینه خبره هستند کمک بگیرد.	۷۳.۷	۲۶.۳	۰	۰	۰
۶	پزشک باید به طور مداوم مطالب علمی روز را مطالعه کند و در برنامه های بازآموزی مرتبط شرکت کند.	۵۴.۶	۴۱.۱	۳	۱.۳	۰
۷	پزشک باید یافته ها و مطالب علمی جدید را در اختیار همکاران قرار دهد.	۳۷.۹	۴۱.۱	۱۵.۸	۵.۲	۰
۸	پزشک باید در محل کار خود (مطب، بیمارستان، کلینیک) به موقع حاضر شده و در زمان مشخص شده کار خود را آغاز کند.	۵۹.۷	۳۶.۸	۱.۲	۱.۳	۰
۹	پزشک باید ضوابط و مقررات مربوط به حیطه پزشکی اعم از احترام به بیمار، درمان درست، ارائه مطالب مرتبط به بیمار و ... را به درستی رعایت کند.	۶۵.۳	۳۳.۷	۱	۰	۰
۱۰	پزشک باید اطلاعات بیمار را به درستی در پرونده وی ثبت کند.	۶۳.۲	۳۴.۷	۲.۱	۰	۰
۱۱	پزشک باید در فعالیتهای پژوهشی بیمار و در صورت لزوم همراه وی را به طور کامل از پروژه تحقیقاتی به طور کامل آگاه کرده و رضایت آنها را کسب کند.	۵۰.۵	۳۷.۹	۸.۴	۳.۲	۰
۱۲	پزشک باید به بیمار و همراهان وی احترام گذاشته و بیمار را به شکل مناسب مورد خطاب قرار دهد.	۶۲.۱	۳۶.۸	۰.۱	۰	۰

سوال ۳ که مساله نوع دوستی را مورد سوال قرار داده است؛ تعداد قابل توجهی نظر مخالف اعلام داشتند. در مجموع به نظر می‌رسد بایسته است اقدامات اصلاحی بیشتری در جهت رفع چالش‌های مقوله اخلاق حرفه‌ای ای در هر دو حیطه آموزش نظری و عملی صورت پذیرد. نتایج بررسی آگاهی دانشجویان رشته پزشکی در خصوص رعایت اخلاق حرفه‌ای در جدول و نمودار شماره (۲) به شرح ذیل می‌باشد.

با دقت به تعدادی از سوالات می‌توان به این نتیجه رسید که علی‌رغم آموزش دانشجویان در خصوص اخلاق حرفه‌ای، در مورد برخی مسائل بدیهی، پاسخ‌های مخالف چشمگیری را ارائه دادند. می‌توان این مورد را چنین تبیین کرد که ممکن است روش صحیح برخورد با بیماران را در پزشکان همکارشان مشاهده ننموده‌اند. به‌طور مثال در خصوص سوال ۷ یا سوال ۱۱ پاسخ‌های مخالف زیادی مشاهده می‌شود. همچنین در زمینه

نمودار ۲. بررسی آگاهی دانشجویان رشته پزشکی عمومی در خصوص رعایت اخلاق حرفه‌ای



طمع و حرص^۱، ارائه اطلاعات نادرست^۲، نقص موثر شغلی^۳، بی‌تعهدی^۴، تعارض منافع^۵ اشاره نمود (۶).

سوء استفاده از قدرت: امکان رخداد این مساله می‌تواند با

1. Greed
2. Misrepresentation
3. Impairment
4. Lack of conscientiousness
5. Conflict of interest

مروری بر موانع و چالش‌های عدم تحقق صحیح اخلاق و رفتار حرفه‌ای

در هنگام رفتار حرفه‌ای امکان بروز برخی از موانع فردی وجود دارند که سبب جلوگیری از رخداد رفتار صحیح می‌گردد. از جمله این موانع می‌توان به سوء استفاده از قدرت^۱، تکبر و غرور^۲،

1. Abuse of Power
2. Arrogance

راهبردهای و راهکارهای پیشنهادی در خصوص تقویت و

توانمندسازی مقوله اخلاق حرفه ای در پزشکی

با توجه به مفهوم‌شناسی و راهبردهای موجود بیان شده که توسط بررسی و مرور متون در این پژوهش انجام شد می‌توان راهبردهای پیشنهادی را جهت ارتقای اخلاق حرفه‌ای در نظر گرفت که موارد به شرح ذیل می‌باشد:

الف- راهبردهای پیشنهادی جهت ارتقای اخلاق حرفه ای

در پزشکی

با توجه به مفهوم‌شناسی و راهبردهای موجود که در مباحث پیشین که توسط بررسی بصورت مرور متون به آن اشاره شد، می‌توان راهبردهای پیشنهادی جهت ارتقای اخلاق حرفه ای در نظر گرفت که موارد به شرح ذیل می‌باشد:

- (۱) اصلاح نظام انتخاب، ارزشیابی، تعلیم و تربیت اساتید، دانشجویان و مدیران.
- (۲) طراحی فرایند استعدادیابی، جذب، انتصاب، ارتقاء و ارزیابی مدیران متعهد، توانمند و متخصص دارای نگرش و باور فرهنگی و اسلامی.
- (۳) تدوین و استقرار نظام شایسته‌گزینی و شایسته‌سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران با تکیه بر مسائل اعتقادی و شرعی.
- (۴) ایجاد سازوکار مناسب جهت حضور تمام وقت و فعال اعضای هیات علمی در دانشگاه‌ها و افزایش تعاملات علمی استاد و دانشجو با تاکید بر شاگردپروری و رعایت اخلاق و رفتار اسلامی.
- (۵) اصلاح نظام آموزشی در جهت تربیت همه‌جانبه دانشجو علاوه بر زمینه‌های تخصصی.
- (۶) آمایش نظام سلامت و جذب دانشجویان متخلق و متعهد متناسب با نیاز و تقاضا با توجه به ملاحظات اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی.
- (۷) تدوین و اجرای برنامه مراعات حقوق و مسئولیت‌های اسلامی، انسانی و مدنی گیرندگان و خدمات دهندگان.

افشای راز بیماران و سوء استفاده از اطلاعات بیماران اتفاق افتد. **تکبر و غرور:** این مقوله به دلیل موقعیت اجتماعی و تفاوتی است که در طبقه اجتماعی گروه حرفه‌مندان پزشکی بوجود می‌آید. رفتار برخی اطرافیان هم در بروز این احساس موثر است.

حرص و طمع: این امر ناشی از نوع نظام پرداخت می‌باشد. متاسفانه نوع نظام پرداخت در ایران مبتنی بر جزء خدمت^۱ می‌باشد که نه تنها در بخش خصوصی بلکه در بخش دولتی هم باعث تشدید حرص و طمع افراد در گروه پزشکی می‌شود.

ارائه اطلاعات نادرست یا ناقص: به معنای فریب بیماران است و امکان رخداد این مقوله بخصوص هنگامی که بیمار دچار عارضه شده و پزشک ترس از شکایت دارد، بیشتر می‌باشد.

نقص موثر شغلی: این مورد نیز از مواردی است که ممکن است پنهان شده و باعث آسیب به بیماران شود. از مصادیق این گویه می‌توان به اعتیاد یا داشتن یک بیماری مسری در حرفه‌مندان گروه پزشکی اشاره داشت.

بی تعهدی به خصوص در محیط آموزشی: شامل عدم اخذ شرح حال کامل از بیمار، عدم دقت در بررسی نتایج اقدامات پاراکلینیکی درخواست شده، عدم پاسخ به پیام و تلفن‌های بیماران، توجه به پرونده بیمار به جای توجه به بیمار در موارد بستری، عدم انجام صحیح مسئولیت‌های آموزشی به دلیل مشغولیت زیاد (تفوق درمان بر آموزش)، عدم حضور در موعد مقرر در کنفرانس‌ها و راندها، واسپاری مسئولیت اداره بیماران به فراگیران اشاره داشت.

تعارض منافع: از مقوله یکی از آفات مهم یک حرفه‌مند پزشکی است که امکان رخداد آن فراوان می‌باشد. در این خصوص می‌توان به مواردی چون ارجاع بیماران به خود، ارجاع بیماران به همکاران خاص در قبال دریافت وجه، اخذ هدیه‌های سنگین از بیماران و .. اشاره داشت (۶).

1. Fee For Service

درمانی نظیر هزینه‌ها، مدت تقریبی بستری و ...

ج- رعایت مفهوم STEEP در مقوله اخلاق حرفه ای در

پزشکی

- ارائه خدمات ایمن^۱ به بیماران
- ارائه خدمات به موقع^۲ به بیماران
- ارائه خدمات با علم و تجربه کافی^۳ به بیماران
- ارائه خدمات مؤثر و باصرفه و به‌صالح^۴ بیماران
- در نظر گرفتن محوریت بیمار^۵ در کلیه شرایط

د- مشارکت و ترغیب آموزش و اطلاع رسانی نکات

مرتبط با اخلاق در پزشکی

- آموزش ارتباط مناسب و مؤثر حرفه‌ای به دستیاران سال پایین‌تر و فراگیران دیگر.
- مشارکت در آموزش مسائل اخلاق حرفه‌ای به دستیاران سال پایین‌تر و دانشجویان.
- آموزش یا اطلاع رسانی منشور حقوقی بیماران.
- قوانین و راهنمای پوشش و مقررات اخلاقی بخش به دستیاران سال پایین‌تر و فراگیران دیگر.
- اشاره مستمر به نکات اخلاقی در کلیه فعالیت‌ها و فرآیندهای آموزشی نظری و عملی نظیر گزارش‌های صبح‌گاهی، راندها، کنفرانس‌ها، درمانگاه‌ها و اتاق‌های عمل
- نقد اخلاقی فرآیندهای جاری بخش در جلسات هفتگی با حضور استادان، دستیاران و فراگیران دیگر.
- فراهم نمودن شرایط بحث و موشکافی آموزشی در مورد کلیه سوء اقدامات و خطاهای پزشکی^۶ پیش آمده در جلسات هفتگی با حضور اساتید، دستیاران و فراگیران دیگر.

1. safe
2. Timely
3. Expertise
4. Efficient
5. Patient Centered
6. Malpractice

ب- راهکارهای عمومی جهت اصلاح فرآیند آموزش

اخلاق حرفه‌ای در پزشکی در محیط‌های آموزشی

- معرفی خود به‌عنوان پزشک مسئول به بیمار، همچنین معرفی دستیاران سال پایین‌تر، کارورز، کارآموز و پرستار با نام و مشخصات به بیماران.
- پرسش از عادات غذایی، خواب، استحمام و تمایلات رفاهی بیماران و کمک به فراهم نمودن شرایط مورد نیاز برای آن‌ها
- توجه به بهداشت فردی بیماران.
- توجه به کمیت و کیفیت غذای بیماران در راندهای آموزشی و کاری.
- توجه به نیازهای بیماران برای اعمال دفعی آسوده در راندهای آموزشی و کاری با تاکید بر شرایط خصوصی آنان.
- توجه به ایمنی بیمار در کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی.
- کمک به فراهم کردن شرایط آسان برای اعمال مذهبی کلیه بیماران متقاضی، با هر آیین و مذهب در بخش به‌ویژه جهت بیماران در حال استراحت مطلق.
- احترام به شخصیت بیماران در کلیه شرایط.
- پوشش مناسب بیماران در هنگام معاینات پزشکی.
- احترام و توجه به همراهان و خانواده بیماران.
- تجویز هرگونه دارو، آزمایش و تجهیزات درمانی با توجه به وضعیت اقتصادی و نوع پوشش بیمه‌ای بیماران و اجتناب از درخواست آزمایش‌های گران قیمت و غیرضروری.
- استفاده مناسب از دفترچه و تسهیلات بیمه‌ای بیماران.
- ارتباط با واحدها و مراجع ذیصلاح نظیر واحد مددکاری جهت رفع مشکلات قابل حل بیماران.
- اخذ اجازه و جلب رضایت بیماران برای انجام معاینات و کلیه خدمات تشخیصی و درمانی.
- رعایت استقلال و آزادی بیماران در تصمیم‌گیری‌ها.
- خودداری از افشای مسائل خصوصی (راز) بیماران.
- ارائه اطلاعات لازم به بیماران در خصوص مسائل تشخیصی و

▪ توجه اکید به عملکرد تخصصی خود و فراگیران دیگر نظیر مواردی چون اخذ شرح حال و معاینات تخصصی بیماران، درخواست منطقی آزمایشات، تفسیر و ادغام یافته های بالینی و پاراکلینیکی، استنتاج و قضاوت بالینی، تشخیص بیماری، تصمیم گیری های بالینی، تجویز منطقی دارو، انتخاب و انجام اقدامات درمانی، طرز درخواست مشاوره های پزشکی، ارجاع بیماران، اقدامات پژوهشی، استفاده از رایانه و نرم افزار های تخصصی و پیگیری بیماران از طریق اهمیت دادن به تکمیل مستمر لاگ بوک و جلب نظارت مستقیم استادان به منظور کاستن از فراوانی سوء عملکردها و خطاهای پزشکی.

▪ رعایت اخلاق پژوهشی در تدوین پایان نامه ها بر اساس دستورالعمل های کمیته اخلاق در پژوهش.

▪ اجتناب اکید از انجام تحقیقات به خرج بیماران و انجام روش هایی که دستیاران به آن تسلط ندارند.

▪ اهمیت دادن به نحوه تکمیل و تنظیم پرونده های پزشکی به طوری که در حال حاضر و آینده به سهولت قابل استفاده باشند.

در راستای اجرایی سازی موارد مذکور، در هفتاد و دومین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی طی بند ۴-۱-۱ مصوب نمود که بند اخلاق حرفه ای شرطی می باشد که مندرجات آن به شرح ذیل می باشد. (۸)

ه- نحوه اجرایی سازی برنامه اخلاق حرفه ای در گروه های آموزشی رشته های علوم پزشکی

▪ شیوه اصلی آموزش اخلاق حرفه ای "طراحی الگو" و «طراحی و ارائه فرآیندها» است.

▪ عملکرد اخلاقی دستیاران، از راه نظارت مستمر بوسیله ارزیابی کارپوشه^۳ از طریق ارزیابی ۳۶۰ درجه توسط اعضای

▪ مشارکت دادن فراگیران رده های مختلف در برنامه های آموزش بیماران.

▪ جلب توجه مستمر دستیاران سال پایین تر و فراگیران دیگر به سایر موارد اخلاقی از جمله برخورد احترام آمیز با نسوج اعم از مرده یا زنده، برخورد احترام آمیز با اجساد فوت شدگان، همدردی با خانواده فوت شدگان، نگهداری و حفظ اعضای بدن بیماران، عملکرد طبیعی اندام ها و حفظ زیبایی بیماران تا حدی که دانش و فناوری روز اجازه می دهد، احترام به حقوق جنین از انعقاد نطفه تا تولد در شرایطی که مجوز اخلاقی و شرعی برای ختم حاملگی وجود ندارد.

▪ اهمیت دادن به وقت های طلایی کمک به بیماران و اجتناب از فوت وقت به منظور جلوگیری از دست رفتن شانس بیمار برای زندگی یا حفظ اعضای بدن خود.

▪ تجویز منطقی دارو و درخواست های پاراکلینیک.

▪ رعایت حاکمیت بالینی^۱ در کلیه تصمیم گیری های بالینی، تجویزها و اقدامات تشخیصی، درمانی، پایش و نظارت مستمر روی فراگیران.

▪ حضور در کلیه برنامه های آموزشی از جمله گزارش های صبحگاهی، راندهای کاری، آموزشی، درمانگاه کشیک های شبانه، تومور بورد، سی پی سی و غیره و نظارت بر حضور سایر فراگیران از طریق واگذاری مسئولیت، پیگیری تلفنی و حضور در کشیک ها، سرکشی به درمانگاه ها و اورژانس ها و نظایر آن، به منظور ایجاد تدریجی مسئولیت پذیری اجتماعی در خود و فراگیران دیگر.

▪ حضور به موقع بر بالین بیماران اورژانس.

▪ توجه به عملکرد عمومی خود و فراگیران دیگر نظیر عملکرد ارتباطی، اجتماعی، نحوه پوشش، نظم و انضباط از طریق رعایت مقررات کدهای پوشش^۲، ارائه بازخورد به فراگیران دیگر و تاکید بر الگو بودن خود.

1. Modeling
2. Priming
3. Log book

1. Clinical Governance
2. Dress Code

■ بایسته است یکی از اعضای هیئت علمی بخش به‌عنوان مسئول اجرای بهینه مفاد فوق تعیین گردد.

هیئت علمی گروه انجام می‌شود.

■ بخش موظف است در موضوعات مورد نیاز برای آموزش نظری و عملی دستیاران و فراگیران برنامه‌ریزی نماید

بند ۴

نحوه محاسبات نمرات ارتقای سالیانه دستیاران دوره‌های تخصصی بالینی پزشکی: (اصلاح موضوع یک‌شصت و پنجمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی) مجموع نمرات ارتقاء هر سال ۳۰۰ نمره است که به شرح ذیل می‌باشد:

■ ۵٪ کل نمره (۱۵۰ نمره) به ارزیابی درون بخشی اختصاص داشته و دارای اجزای زیر می‌باشد:
رفتار حرفه‌ای: ۳۰ نمره

بند ۴-۱-۱: رفتار حرفه‌ای در حیطه‌های: وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، شرافت و درستکاری، نوع دوستی، احترام به دیگران، عدالت، تعالی شغلی، و سایر موازین و شئون معتبر اخلاقی و حرفه‌ای مستمر، توسط کمیته‌های متشکل از مدیر گروه، استاد مستقیم و معاون آموزشی مرکز ارزیابی می‌گردد.

تبصره: کسب حداقل ۷۰٪ نمره از بخش رفتار حرفه‌ای (براساس ابزار استاندارد شده توسط واحد کیفیت ارتقای دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی) برای قبولی دستیار در ارزیابی درون بخشی ضروری است (۸).

و مقررات مربوطه) مانند اصلاح تعرفه‌های پزشکی و نظام پرداخت.

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به همین نام می‌باشد که در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجام شده است. در این مطالعه تلاش گردید ضمن توضیح و تعریف مفاهیم اخلاق حرفه‌ای منطبق با فرهنگ و دیدگاه توحیدی، به راهکارهای تعمیق و اجرای مصادیق اخلاق حرفه‌ای پرداخته شود. آنچه مهم است اجرای راهکارهای پیشنهادی در این مطالعه می‌باشد. اخلاق و تعهد حرفه‌ای الزامات و موانعی دارد که در اکثر مطالعات به آنها پرداخته شده است. الزامات آن شامل الزامات درون زاد و الزامات بیرونی است منظور از الزامات درون زاد الزاماتی است که ارائه‌کننده خدمات سلامت با تقویت خصوصیات فردی، خود را متعهد به انجام این تعهدات می‌نماید. و الزامات بیرونی شامل الزامات ساختاری و الزامات قانونی و مقرراتی است. به این معنی که با وجود افراد متعهد و متخلق به اخلاق حرفه‌ای، اگر زمینه انجام به تعهدات فراهم نباشد؛

و- پیشنهادات اصلاحی در راستای اجرایی شدن اخلاق حرفه‌ای در دوره‌های تحصیلی رشته‌های علوم پزشکی

- تجلی مصادیق اخلاق حرفه‌ای در مسئولین و مدیران نظام آموزشی و نظام سلامت.
- جدی گرفتن برنامه ارزشیابی رشته محل‌ها در حوزه اخلاق حرفه‌ای.
- اجرا نمودن برنامه شاگردپروری!
- دقت جدی در جذب اعضای هیات علمی با توجه کافی در احراز شرایط عمومی مندرج در آیین‌نامه جذب.
- ادغام آموزش اخلاق اسلامی حرفه‌ای در برنامه‌های آموزشی کلاسیک.
- توانمندسازی اعضای هیات علمی در حیطه اخلاق حرفه‌ای.
- جدی بودن مدیران گروه‌ها و روسای بخش‌ها در رعایت مبانی اخلاق حرفه‌ای توسط فراگیران.
- ایجاد زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات مبتنی بر اصول اخلاق حرفه‌ای (اعم از زیرساخت‌های فیزیکی، نرم‌افزاری

اعتلای اخلاق اسلامی حرفه ای در سلامت: مفهوم شناسی، راهبردها، طرح ...

نمی توان انتظار داشت که آن فرد اقدامات حرفه‌ای خود را بر مبنای خصوصیات اخلاق حرفه ای انجام دهد. در انتها پیشنهاد می‌گردد برای اجرایی شدن موضوع اخلاق حرفه‌ای نشست‌های کارشناسی جدی‌تری برگزار شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان "اعتلای اخلاق حرفه ای اسلامی در سلامت (مفهوم شناسی-راهبردها- طرح در برنامه های آموزشی) مصوب یکصد و چهل و هشتمین جلسه شورای علمی مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۹ و پانصد و هشتاد و هفتمین

جلسه هیات رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۷/۱۴ می‌باشد که با حمایت مالی آن فرهنگستان انجام شد. بدینوسیله از همکاری اساتید محترم در فرهنگستان علوم پزشکی جناب آقایان دکتر سید علیرضا مرندی، محمدعلی محقق، سید محمدرضا کلانتر معتمدی، باقر لاریجانی تشکر و قدردانی ویژه بعمل می‌آید.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اظهار می‌دارند که در خصوص این مطالعه با هیچ فرد یا ارگانی تعارض منافی ندارند.



1. Larijani B. Physician and ethical considerations. Volume 1: Review of the basics of medical ethics 2nd ed. Tehran. Baraye farda. 2020. [persian]
2. Gharamaleki A.F. professional ethics. 2nd ed. Qom. Majnoon. 2007. P:102. [persian]
3. Gillon R. Introduction to philosophical medical ethics. UK: Wiley 1985, Reprint 2001: 1-8.
4. Framework for establishment of general health policies. Ministry of Health, Treatment and Medical Educatio. 2014 Available From [<https://qavanin.ir/Law/PrintText/226095>]. [persian]
5. Jamshidi HR & et all. Health system reform in the Islamic Republic of Iran. 2005. P:97-110.
6. Takian AH & et all. Reference for health policy in Iran. 1nd ed. Tehran. Narvan danesh. 2021. P:839. [persian]
7. The training program of internal medicine, approved by the Council of Medical and Special-ized. Available From: 'https://cgme.behdasht.gov.ir/uploads/264/doc/curriculumtakh_bimaridakheli9511.pdf. December 2016. [persian]
8. Available From: <https://hcmep.behdasht.gov.ir/%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87-%D8%A2%D9%85%D9%88%D8%B2%D8%B4%DB%8C%D9%85%D8%B5%D9%88%D8%A8%E2%80%93%D9%81%D8%A7%D8%B1%D8%B3%DB%8C>. September 2021. [persian]
9. The "Professional Ethics Guide" approved by the Supreme Council of the Medical System. Available From: [<https://irimc.org/%D8%B3%D8%A7%D8%B2%D9%85%D8%A7%D9%86-%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C%D8%A7%D9%86%D8%AA%D8%B4%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D8%AA/agenttype/view/propertyid/147>] July 2018. [persian]

Elevating Professional Islamic Ethics in Health: Conceptualization, Strategies, Design in Educational Programs

Seyed Hasan Emami Razavi¹, Manzara Amirkhani^{2*}

Abstract

Background and Objective: Healthcare services are one of the basic needs of every society. The beneficiaries of healthcare are the people. As a result, the medical profession and its related groups need to adhere to certain ethical principles and laws. The purpose of this research is to provide development strategies and explain the concept of professional ethics in the health system from the perspective of Islam and how to empower students in this field.

Methods and Materials: The current research is a narrative review. In this study, by analyzing the top national documents, reference books, documents related to professional ethics, and other related scientific texts, the previous concepts of professional ethics, existing strategies, and the combination of its various components in health have been investigated to find till new strategies in this field are obtained.

Results: During the current research, while explaining and defining the concepts of professional ethics with monotheistic culture and perspective, methods of deepening and implementing examples of professional ethics were discussed. The results indicate that the inclusion of professional ethics in educational programs and its effective implementation by educational groups and the modification of professional ethics training processes can be effective in improving the quality of services and building trust in the field of health.

Conclusion: The results of this study indicate the importance to address and implement more colorfully the category of professional ethics in the educational programs of students of various fields of medical sciences. In this regard, it is effective to hold specialized meetings. It is also necessary to form a working group to develop relevant standards in the Ministry of Health.

Keywords: Ethics, Medical professionalism, Health system, Educational Programs In Medical Sciences

-
1. Professor of General Surgery, Medical Faculty-Tehran University of Medical Sciences, Member of Iranian Academy of Medical Sciences. shemamirazavi@gmail.com
 2. Corresponding Author*: Ph.D. of Counseling, Deputy Education, Ministry of Health and Medical Education. Manzaramirkhani@gmail.com

آینده نگاری آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی

علی‌رضا طاهری^{۱*}، بهزاد شمس^۲، هدی احمري تهران^۳

چکیده

زمینه و هدف: پرداختن به سلامت معنوی در کنار دیگر ابعاد سلامت انسانی در حرفه‌های مرتبط با سلامت در علوم پزشکی در ابعاد شخصی، حرفه ای و سازمانی، در کنار منافع زیاد آن از اهمیت ویژه‌ای در تعاملات با بیمار برخوردار است. طراحی یک خط سیر برای آموزش معنویت و سلامت معنوی کمک شایانی به نهادینه کردن سلامت معنوی خواهد کرد که هدف ما از این مطالعه شناسایی و تحلیل ساختاری عوامل مؤثر بر آینده آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی است.

روش بررسی: شناسایی عوامل کلیدی مؤثر در تغییر آموزش سلامت معنوی در دو مرحله (مصاحبه نیمه ساختار یافته با اساتید و تکمیل پرسشنامه عوامل نهایی) انجام و سپس نوع تاثیرگذاری این عوامل کلیدی و پیشران‌های نهایی بر یکدیگر در یک جدول زوجی توسط نرم افزار میک مک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع پیشران‌ها و عوامل کلیدی استخراج شده از مستندات و مصاحبه‌ها، فاکتورهایی مانند نیازهای معنوی بیماران، عدم آگاهی و دانش، آموزش و مداخله بین رشته‌ای و کار تیمی، دشواری موضوع سلامت معنوی، اعتقاد اساتید و توانمندسازی اساتید بیشترین تاثیرگذاری بر آینده آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی دارد.

نتیجه‌گیری: اگر چه تمام برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌ها با در نظر گرفتن نیازهای معنوی بیماران انجام می شود ولی ارتقاء سطح اعتقاد اساتید به حیطة سلامت معنوی به عنوان دومین عامل مهم در کنار عوامل دیگر مثل آموزش و مداخله بین رشته‌ای و کار تیمی، عدم آگاهی و دانش، دوره‌ها و توانمندسازی اساتید، دشواری پرداختن به سلامت معنوی به عنوان مهمترین فاکتور تاثیرگذار بر آینده آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی بشمار می رود.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی، آموزش، آینده نگاری، علوم پزشکی، تحلیل ساختاری

۱. * نویسنده مسئول: استادیار، گروه ارتز و پروتز، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. استاد، گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استاد، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه

هر برنامه آینده نگاری نیازمند یک اصول فرایند محور است که در آن تغییر طرز تفکر و ایجاد نگاهی مشترک به آینده و تصمیم گیری در مورد اینکه بر کدام مشخصه تمرکز کنیم قابل بررسی است. برای تحقق چنین فرایندی، تبیین و اجرای اهداف برنامه آینده نگاری نقش مهمی ایفا می کنند که عبارتند از فراهم کردن اطلاعات لازم برای مدیران و اثر گذاری بر تصمیمات آنان، تأثیرگذاری بر توانایی مدیران و ایجاد پاسخ های منعطف و اثرگذاری بر سیاست ها، ایجاد اطلاعات و بسته اطلاعاتی لازم برای استفاده کنندگان مختلف در داخل و خارج سازمان می باشد. به عبارت دیگر خروجی برنامه آینده نگاری این است که اطلاعاتی در مورد روندهای محتمل آینده بدست می آید که می توان برای هرگونه تصمیم از آن استفاده نمود.

اهمیت آینده نگاری با تغییر چشمگیر نگرش، جهان بینی، ارزش های اساسی و انتظارات انسان به دلیل سرعت سیر تحولات جوامع مشخص می شود. با توجه به رشد سریع تکنولوژی، افزایش انتظارات مردم، رشد فرهنگ سیاسی، توسعه اقتصادی - اجتماعی، گسترش دامنه آموزش های تخصصی همه و همه موجب شده که سازمان های متولی آموزش در سطوح عالی به مجموع عوامل مؤثر در رشد جامعه توجه کنند. در این میان آموزش پزشکی و سلامت نیز در این سیر تحول بسیار تاثیر پذیر و تاثیر گذار است. (۱)

جمعیت و رشد فناوری، دگرگون شدن زندگی حرفه ای، سرعت سیر دانش، بهم فشردن مرزها و... بطور پنهان و آشکار یک پیام مهم را مخابره می کنند که باید در نوع تفکرات، اهداف، ساختار، محتوا، روش ها و فضاها و به عبارتی در خط سیر نظام آموزشی بالاخص آموزش علوم پزشکی تغییرات و اصلاحات نوینی ایجاد شود. امروزه خلاء بکارگیری آموزه های دینی در تصمیم گیری هایی که نوع انسان ها از آن بهره مند می شوند به وضوح دیده می شود. (۲) عدم فرهنگ سازی و زیر

ساختارها با تکیه بر کرامت انسانی و درج عناوین اخلاقی در دستور العمل ها و ماده قانون ها و یا استفاده از یک واحد درسی در حوزه دین از یک طرف و عدم التزام به این آموزه ها و غفلت از دیگر ابعاد وجودی انسان بخصوص معنویت بشریت را در سراسرایی سقوط فضیلت ها قرار داده است. (۳)

ما در آموزه های دینی یک ارتباط تنگاتنگ بین دین و معنویات با پیامدهای سلامتی را شاهد هستیم تا جایی که محققین نیز تأثیر معنویات و مشارکت دینی بر انجام فعالیت بدنی مثل ایروبیک، پیاده روی و ورزش را اثبات کرده اند. (۴-۱) مشارکت دینی یک خط مشی رایج فرهنگی در مداخلات مربوط به تغییر رفتار بهداشتی است که حتی در دیگر کشورها نیز مطرح است (۵) تا جایی که بررسی وضعیت سلامت معنوی دانشگاهیان و برنامه ریزی برای اجرای برنامه های آموزش سلامت معنوی در راس امور قرار گرفته است (۶،۷).

از طرف دیگر امروزه شاهد رشد قابل ملاحظه دانش پزشکی با تأکید زیاد بر صلاحیت های فنی پزشکان هستیم در حالی که موضوع صلاحیت و مهارت های مرتبط با سلامت معنوی (در حوزه دانش نظری، مراقبت از بیمار، مسئولیت پذیری، ارتقاء حرفه ای، تدریس و فراگیری و...) مورد غفلت قرار گرفته است. اگر چه موضوع صلاحیت های و مهارت های ارتباطی مورد نیاز در حرفه های پزشکی تا حدی در برنامه درسی پیاده شده و در این راستا باید دانشجویان نسبت به مسؤولیت خود در قبال بیماران و حرفه پزشکی آگاهی کافی داشته باشند ولی در سیستم سلامت و ارائه خدمات نیز استانداردها و دستورالعمل هایی برای نحوه برخورد با بیمار و حد مجاز برای چنین آموزشی و پاسخگویی به نیاز های معنوی بیماران تدوین نشده است. (۸) وضعیت کنونی آموزش سلامت معنوی به نحوی نیست که بتوان از فارغ التحصیلان انتظار رعایت کامل آنها را داشت و در یک کلام شخصیت معنوی پزشکان آینده را بهبود بخشد اما این که چگونه باید درس های مرتبط سازمان دهی

مؤثر بر آینده پیش رو با محوریت آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه کیفی با حضور خبرگان و تعدادی از پیشگامان حوزه سلامت معنوی و برنامه‌ریزان آموزشی با روش نمونه‌گیری قضاوت غیراحتمالی و بصورت متمرکز در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و قم و تهران از اسفندماه ۱۳۹۹ انجام گرفت. مطالعه حاضر در سه فاز و پنج گام انجام گرفت. در فاز یک به منظور شناسایی عوامل کلیدی و پیشران‌ها از سه گام کمک گرفته شد. در گام نخست مروری بر مطالعات و مقالات داخلی و خارجی در حیطه آموزش علوم پزشکی با محوریت سلامت معنوی انجام شد و سپس در گام بعدی به منظور شناسایی عوامل کلیدی و پیشران در حیطه سلامت معنوی از طریق مصاحبه با متخصصین و پیشکسوتان علوم پزشکی که احاطه کافی و بروز به چالش‌ها و مشکلات این بعد از سلامت داشته باشند، اقدام به استخراج و فهرستی از عوامل کلیدی و پیشران نمودیم و در گام آخر مروری بر مستندات و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کوریکولوم‌های پزشکی و پرستاری و توانبخشی انجام شد. از وبسایت‌های دانشگاه، پایگاه‌های اطلاعاتی مانند web of Science، ERIC، Scopus و PubMed برای جمع‌آوری اطلاعات و شناسایی عوامل کلیدی و پیشران‌ها استفاده شد. اطلاعات دقیق تر از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با خبرگان، مسئولان و برنامه‌ریزان جمع‌آوری شد. در فاز دوم برای شناسایی نهایی عوامل و اهمیت هر کدام و همچنین برای طبقه‌بندی داده‌ها از مدل STEEPV که شامل شش حوزه اجتماعی، فناوری، اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی، سیاست‌گذاری و ارزش‌ها در کنار پرسشنامه تعیین نمره اهمیت هر فاکتور استفاده شد. در فاز آخر نظرات استادان از طریق ماتریس تاثیر گذاری با کمک نرم افزار MicMac در خصوص هر فاکتوری اندازه

شوند که در نظام سلامت مدرن و پیشرفته امروزی جوابگوی نیازها باشد و قادر به مواجهه با موضوعات مختلف و نیازهای پیش آمده بیمار باشد جای بسی تامل است (۹).

غفلت از آموزش های پایه لازم و عدم توجه به برخی ضرورت‌ها و آموزه های دینی، نگرانی هایی را ایجاد کرده است که عدم توجه به موقع به این موضوع می تواند با از بین رفتن قبح اخلاقی برخی اعمال و عادی شدن آنها شرافت حرفه پزشکی را مخدوش نموده و از اعتماد جامعه به لیاقت و امانت داری پزشکان بکاهد. مواردی چون سهم خواهی در درمان، ارجاع بیماران به مراکز خصوصی، جراحی های غیرضروری وغیره، همه و همه لزوم نگاه تغییربنیادی در برنامه‌های آموزشی پزشکی مبتنی بر نگاه دین مدارانه را اثبات می‌کند (۱۰، ۱۱) و در این میان پرداختن به سلامت معنوی و ارتقاء آن می‌تواند خلاءهای فوق الذکر را تا حد زیادی پر کند.

طراحی یک خط سیر برای آموزش معنویت و سلامت معنوی کمک شایانی به نهادینه کردن این مقوله خواهد کرد. برنامه آموزشی معنوی منتقل کننده مفاهیم معنویت از طریق محتوا و برنامه های آموزشی است و فراهم کننده زمینه نیل به سطوح بالاتر آگاهی و معنی‌دار کردن زندگی بوده و علاوه بر منطقی بارآوردن فراگیران، دست یافتن آنان به احساس عمیق‌تر و پربارتر را فراهم می‌کند. برنامه آموزشی معنوی تنها وسیله ای برای درک محتوای آموزشی نیست بلکه حرکتی فراتر از استدلال و شیوه‌های تحلیلی و اندیشه ورزی است که معمولاً در خلال آموزش صورت می‌گیرد (۱۲).

ضروری است برای افزایش دانش و درک دانشجویان علوم پزشکی از معنویت، برنامه های آموزشی اختصاصی تدوین نموده و چگونگی فراگیری آن و فرایند یاددهی و عوامل مؤثر در آن برای آینده پیش رو ترسیم شود. در این مطالعه ما به دنبال شناسایی عوامل تاثیرگذار بر مبنای الگوی اسلامی ایرانی و مبتنی بر دین و معنویت در نظام آموزشی علوم پزشکی هستیم. هدف اصلی ما از این تحقیق تحلیل ساختاری عوامل

گیری شد و میزان و درجه تاثیرگذاری در جدول زوجی بررسی شد.

یافته ها

از ۱۷ نفر خبره و هیئت علمی که در این مطالعه همکاری داشتند، ۴ نفر خانم و بقیه آقا بودند. اغلب این افراد، خبره و پیشکسوت در سلامت معنوی بودند که مقالات متعددی نیز در این زمینه ارائه کرده بودند و با توجه به تخصصشان (روانپزشک، پزشکی اجتماعی، متخصص و مشاور در بیماری‌های سرطانی، علوم اعصاب، متخصص طب سنتی، گفتار درمانگر، کاردرمانگر، اخلاق پزشکی، پرستار، نرفولوژی و طب اورژانس) در امر سلامت معنوی فعال بودند. مصاحبه شوندگان از دانشگاه‌های تهران، اصفهان، قم و کرمان بودند. این اساتید در قالب مصاحبه و ارائه نظر بصورت پرسشنامه مشارکت داشتند. به طوریکه تم‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها و عوامل کلیدی مندرج در مقالات و اسناد که مربوط به آموزش سلامت معنوی در حوزه سلامت و اهمیت سلامت معنوی در درمان و آموزش پزشکی بود در قالب یک پرسشنامه ۸۵ گویه تنظیم و در مرحله دوم از اساتید در خصوص این گویه‌ها با یک پرسشنامه از نوع لیکرت یک تا پنج سوال شد. در فاز بعدی عوامل تکراری و یا ادغام بعضی عوامل و یا حذف عوامل بی اهمیت انجام و به یک پرسشنامه ۲۳ گویه منجر شد که باید اساتید اهمیت هر گویه را اعلام می‌کردند. در نهایت ارتباط و تاثیرگذاری این ۲۳ عامل کلیدی بر یکدیگر طی یک پرسشنامه بررسی شد.

از ۶۳ مطالعه در ارتباط با سلامت معنوی ۸ عنوان قابل تقسیم‌بندی بود که به نحوی در حوزه آموزش سلامت بصورت مستقیم و غیر مستقیم انجام شده بود. برنامه آموزشی یکی از عناوین بود که با چهار زیر تم اهمیت، محتوی، کاربردی کردن و وضعیت موجود و انتظارات مشخص می‌شد. مفاهیم و ارزش‌ها در آموزش به عنوان دومین شاخص بود که در سه زیر تم شامل تعاریف مفاهیم چالش‌ها و نهادینه سازی بود. جایگاه

و وضعیت در بین دانشجویان و اساتید نیز از دیگر موارد بود که باید به مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی دانشجویان توجه می‌شد. توجه به محیط و فضای آموزش و درمان و همچنین ابعاد مختلف سلامت در کنار جایگاه سلامت معنوی در بین بیماران از دیگر مواردی بود که در مطالعات به آن اشاره شده بود. در مطالعات خارجی از توصیه سازمان بهداشت جهانی تا ماموریت انجمن‌های علمی موضوع سلامت معنوی قابل پیگیری است. البته موضوع آموزش از سال ۲۰۰۱ بطور مشخص در محتوای برنامه درسی مطرح شده است. و به مواردی مثل اهمیت، برگزاری دوره آموزشی / ادغام، تهیه محتوای آموزشی، مسئله پایان حیات، کاربرد در حیطه عملی، بررسی نیازهای معنوی، سیاست‌گذاری، پرداختن به همه ابعاد سلامت، روش‌های یاددهی، برنامه آموزشی رزیدنتی و توجه به میان رشته‌ای بودن و نگاه بیمار محور اشاره شده است.

وضعیت فعلی آموزش سلامت معنوی

با توجه به اینکه مسئولین و برنامه‌ریزان آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برخی اوقات به موضوع سلامت معنوی توجه کرده‌اند ولی اشکالات عدیده‌ای علی‌رغم تشکیل کارگروه سلامت معنوی وجود دارد که عبارتند از:

- پایه‌های نظام آموزش پزشکی ایران بر شالوده‌های فرهنگ غربی است و در عین حال به فرهنگ بومی، نیازهای ملی، استعدادهای علمی و عملی درون دانشگاهی و ابتکارات بومی بی‌توجهی شده است. (۲۶)
- عدم آگاهی کافی اساتید و کادر درمان
- رقابت نا سالم و عدم شور و نشاط علمی و آموزشی
- نقص در انگیزه‌ها و اعتقادات معنوی استادان و دانشجویان
- بی‌تفاوتی و یا عدم تسلط کافی مدیران
- روزمرگی ابتکارات مدیران
- علیرغم مزایای فرهنگی، پیشینه طب سنتی ایرانی

-اسلامی و شخصیت های بی بدیل علمی و فرهنگی، از مناسبت های فرهنگی، تنوعات فرهنگی، قومی و جنسیتی، در تعالی فرهنگ سلامت و ارتقای توانمندی های نیروی تخصصی و سرمایه های فرهنگی بخش سلامت و آموزش، در دانشگاه های علوم پزشکی بهره برداری لازم و شایسته انجام نمی شود.

- پزشکی با قید سلامت معنوی در بخشی از سرفصل های نوشته شده برای تدریس دروس نظری و بالینی
- عدم اعتقاد به مداخله و حمایت معنوی پرستار
- عدم تعیین سهم هر فرد در آموزش سلامت معنوی
- عدم آشنایی با منابع اسلامی در ارتباط با سلامت معنوی و همکاری نزدیک حوزه و دانشگاه
- نگرش مبهم یا سکوت به سلامت معنوی
- کاهش توجه به اجرای قوانین و اسناد بالادستی
- عدم آگاهی از تاثیر منابع و اقتصاد سلامت ناشی از برخورد صحیح آکادمیک به سلامت معنوی

- عدم متولی واحد برای تصمیم گیری
- ترس در پرداختن به معنویت
- عدم آگاهی کافی از نیازهای معنوی بیماران
- عدم برنامه ریزی کافی بدلیل عدم شناخت کافی از نیاز های معنوی اساتید و دانشجویان و عدم برگزاری دوره ها و کارگاه های توانمندسازی اساتید
- دشواری پرداختن به معنویت
- رشد سریع بیماری های صعب العلاج و نوپدید
- نپرداختن به کار تیمی و آموزش و مداخله بین رشته ای
- عدم توسعه فضای کار مذهبی در محیط آموزش و درمان
- عدم وجود کوریکولوم بازنگری شده در رشته های علوم

طبقه بندی شاخص های مؤثر بر توسعه آموزش سلامت

معنوی

در این مطالعه نیز با توجه به تقسیم بندی STEEPV طبق جدول شماره ۱ مشاهده شد که همه حیطه های شش گانه به فاکتورهای مؤثر در سلامت معنوی و لزوم آموزش آن اشاره کرده اند که این نشان دهنده همه بعدی بودی این موضوع است.

جدول ۱. تقسیم بندی STEEPV و تعداد آن

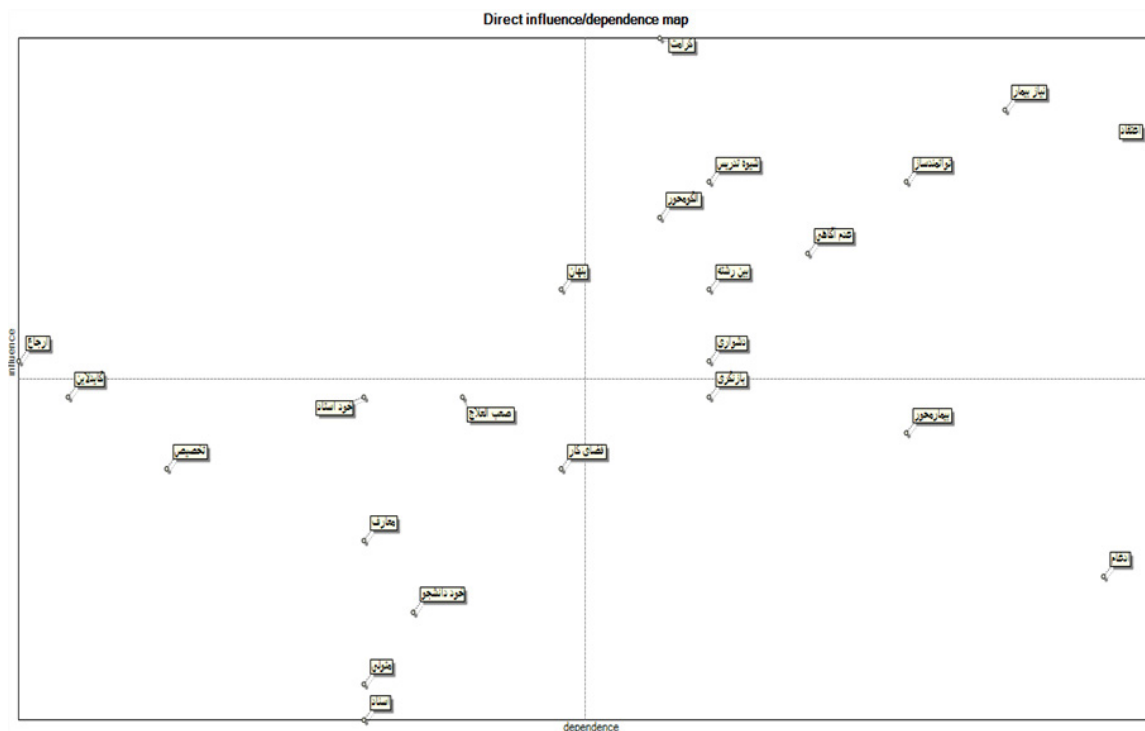
ردیف	گروه شاخص ها	تعداد شاخص ها
۱	شاخص های اجتماعی (رشد بیماری های صعب العلاج و نوپدید، آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی، کسب تجربه معنوی، هم سرنوشتی کادر درمان و بیمار)	۴
۲	شاخص های فناورانه (تغییر شیوه های آموزش، ویژگی های شایستگی بالینی، هوش معنوی و تقویت آن /شناسایی نیاز های معنوی اساتید، دانشجویان، بیماران، دشواری پرداختن به معنویت، عدم آگاهی و دانش کافی اساتید و)	۲۳
۳	شاخص های اقتصادی (مدیریت اقتصادی سلامت معنوی، تخصیص منابع مورد نیاز)	۲
۴	شاخص های زیست محیطی و محیطی (رشد و گسترش محیط های عبادی و مذهبی)	۱
۵	شاخص های سیاست گذاری (شرایط و قوانین جذب استاد، ادغام مبحث معنوی در برنامه درسی، بازنگری رشته ها حمایت معنوی پرستار، اصول غربی در فلسفه طبابت، نظام آموزش مدرک گرا، تدوین مهارت های معنوی، پزشکی بیمار محور، نقش دروس و اساتید معارف، کار تیمی و...)	۲۹
۶	شاخص های ارزشی (خود مراقبتی معنوی اساتید و دانشجویان، تغییر نگرش و انگیزه به آموزش، توسعه استاد رول مدل، آموزش پاسخگو، آموزش معنویت، ترس در پرداختن به معنویت، تغییر رویکرد مردم به سلامت معنوی، کوریکولوم پنهان، آموزش الگو محور و...)	۲۷
	مجموع شاخص ها	۸۶

پس از اینکه عوامل کلیدی و پیشرانها در جدول زوجی (ماتریس) قرار گرفت و اساتید ملزم به نمره دهی از صفر تا ۳ شدند. از مجموع ۴۹۱ رابطه قابل ارزیابی در این ماتریس، ۳۸ رابطه عدد صفر بوده که این بدین معنی است که چه تعداد عوامل بر هم تاثیر نداشته و از هم دیگر تاثیر نپذیرفته اند. بر اساس نتایج تحلیلی ماتریس متقابل در یک نمودار مفهومی (جدول شماره ۲) چهار دسته متغیر است که این متغیرها با توجه به ماهیت خود در چهار خانه متفاوت قرار می‌گیرند. در خانه شمال شرقی (بالا سمت چپ) متغیرهای کوریکولم پنهان و ارجاع تخصصی با درجه تأثیرگذاری بسیار بالا قرار دارند. در خانه جنوب شرقی (پایین سمت چپ) متغیرهای گایدلاین، تخصیص منابع، بیماری‌های صعب‌العلاج و نوپدید، فضای کار مذهبی، خود مراقبتی معنوی اساتید، خود مراقبتی معنوی دانشجویان، نقش دروس و اساتید معارف، کاهش توجه به اسناد بالادستی و متولی واحد را می‌توان به‌عنوان متغیرهای

با تأثیرپذیری بالا دانست.

در خانه شمال غربی (بالا سمت راست) متغیرهایی مثل آموزش و مداخله بین رشته‌ای و کار تیمی، دشواری پرداختن به سلامت معنوی، عدم دانش و آگاهی کافی، شناسایی نیاز بیماران، اعتقاد اساتید، تغییر شیوه تدریس، آموزش الگو محور، دوره‌های توانمندسازی اساتید و توجه به کرامت انسانی از بیشترین تأثیرگذاری و کمترین تأثیر پذیری برخوردار هستند. در خانه جنوب شرقی (پایین سمت راست) متغیرهایی مثل ادغام، بازنگری برنامه درسی و آموزش سلامت معنوی بیمار محور از تأثیرپذیری بالاتر و تأثیرگذاری کمتر برخوردار هستند. از مجموع ۲۳ عامل کلیدی نهایی که در ماتریس بر یکدیگر تاثیر داشته اند دو متغیر (عوامل و پیشرانها) با توجه به نظر خبرگان جدول شماره (۳) بیشترین تاثیر در سطرها و ستون ها برهم یا از هم داشتند.

جدول ۲. داده‌های ماتریس و تأثیرات متقابل



می‌توان به ناپایداری سیستم پی‌برد. به عبارت دیگر یک حالت بینابینی از تاثیرگذاری و تاثیر پذیری را نشان می‌دهد که در این حالت متناسب با قرارگیری این عوامل کلیدی در هر به این نتیجه می‌رسیم که با شناسایی دقیق هر عامل از منظر تاثیرگذار بودن و یا تاثیر پذیر بودن می‌توان با یک برنامه‌ریزی و در صورت لزوم دستکاری آن عامل برای بسط سلامت معنوی در آموزش در برنامه‌ریزی و سیاستگذاری‌ها در رشته‌هایی که پایه آن با تعامل با بیمار است (پزشکی، پرستاری، توانبخشی و دندانپزشکی) بهره برد.

از مجموع پیشران‌ها و عوامل کلیدی استخراج شده از مستندات و مصاحبه‌ها، دو فاکتورشناسایی نیازهای معنوی بیماران و اعتقاد اساتید به سلامت معنوی از بالاترین موارد شناخته شدند. اگر چه عدم آگاهی و دانش در حوزه سلامت معنوی، آموزش و مداخله بین رشته ای و کار تیمی، دشواری موضوع سلامت معنوی و توانمندسازی اساتید نیز جزء بیشترین تاثیرگذاری بر آینده آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی شناسایی شد. اگر خطی بصورت قطری صفحه پراکندگی متغیرها را قطع کند (جدول شماره ۲) با توجه به میزان قابل توجه قرارگیری متغیرها دراطراف محور قطری

جدول ۳. تحلیل اولیه داده های ماتریس و تاثیرات متقابل

شماره	متغیر	جمع کل سطرها	جمع کل ستون‌ها
۱	خود مراقبتی معنوی اساتید	۴۷	۴۳
۲	خود مراقبتی معنوی دانشجویان	۴۱	۴۴
۳	ادغام مبحث معنوی در برنامه درسی	۴۲	۵۸
۴	شناسایی نیازهای معنوی بیماران	۵۵	۵۶
۵	نقش کریکولوم پنهان	۵۰	۴۷
۶	آموزش علوم پزشکی بیمار محور	۴۶	۵۴
۷	رشد بیماریهای صعب‌العلاج و نوپدید	۴۷	۴۵
۸	نقش دروس و اساتید معارف	۴۳	۴۳
۹	توجه به کرامت انسانی	۵۷	۴۹
۱۰	آموزش و مداخله بین رشته ای - کار تیمی	۵۰	۵۰
۱۱	متولی واحد در آموزش سلامت معنوی	۳۹	۴۳
۱۲	تخصیص منابع مورد نیاز مدیریت اقتصادی سلامت معنوی	۴۵	۳۹
۱۳	بازنگری کوریکولوم علوم پزشکی با محوریت سلامت معنوی	۴۷	۵۰
۱۴	عدم آگاهی و دانش کافی اساتید	۵۱	۵۲
۱۵	ارجاع تخصصی	۴۸	۳۶
۱۶	آموزش الگو محور	۵۲	۴۹
۱۷	دوره ها و کارگاههای توانمند سازی اساتید	۵۳	۵۴
۱۸	استاندارد سازی و تدوین گایدلاین آموزشی	۴۷	۳۷
۱۹	کاهش توجه به اجرای قوانین و اسناد بالادستی	۳۸	۴۳
۲۰	توسعه فضای کار مذهبی در محیط های آموزشی	۴۵	۴۷
۲۱	دشواری پرداختن به سلامت معنوی	۴۸	۵۰
۲۲	اعتقاد اساتید به سلامت معنوی	۵۴	۵۹
۲۳	تغییر شیوه روش تدریس متناسب با سلامت معنوی	۵۳	۵۰
	جمع کل	۱۰۹۸	۱۰۹۸

بحث

در یک برنامه تعلیم و تربیت کل نگر، انسان موجود چند بعدی تلقی می شود که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار دارد و تربیت باید بر اساس معنویت طراحی و برنامه ریزی شود. (۱۳) در واقع یک نظام آموزشی پویا از برنامه های درسی در صورتی می تواند بستری برای تبلور و رشد معنویت در افراد فراهم کند که در تهیه و طراحی عناصر آن، تمامی ویژگی های ایجادکننده معنویت در نظر گرفته شده باشد. در پژوهشی اهمیت لزوم کسب معنویت تا آنجا پیش رفته است که در حوزه پرستاری، برنامه آموزشی انجمن پرستاران آمریکا به طور رسمی آموزش های لازم را برای پرستاران در مراقبت معنوی از بیماران توصیه کرده است. (۱۴)

در مطالعه ما، اساتید به اندازه تأکید بر مفهوم سلامت معنوی و آموزش مأموریت محور آن، اصراری بر گذراندن یک دوره توانمندسازی اعضای هیئت علمی در این حوزه نداشتند، اگرچه تعدادی از اساتید مصاحبه شونده بر راه اندازی دوره هایی برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی تأکید داشتند. البته لازم به ذکر است که درمان و آموزش رفتار سالم با رویکرد معنوی در شرح وظایف متخصصان سلامت (۱۵) جز با ارائه آموزش های لازم در این زمینه میسر نیست. (۱۶)

در یک برنامه آموزشی، مربی نقش اساسی در هدایت یادگیرنده به سمت اهداف تعیین شده ایفا می کند. اگر معلم علاوه بر توانایی علمی از شخصیت معنوی مناسبی نیز برخوردار باشد، تأثیر خوبی بر فراگیران خواهد داشت (۱۷). از معلمی توانا انتظار می رود که شرایط مناسبی را برای رشد زبان آموز در این زمینه فراهم کند. یکی از مفاهیم مهم در سلامت معنوی، شناسایی و فعال سازی هوش معنوی است که باعث می شود یادگیرنده توانایی استفاده و بیان منابع، ارزش ها و کیفیت های معنوی را داشته باشد. در پژوهش حاضر اغلب اساتید پرورش معنویت در خود و لزوم ترویج آن را به عنوان یک اصل در هر فرد به ویژه به عنوان معلم و الگو، مورد اشاره قرار دادند.

لازم به ذکر است رشد فردی یکی از وظایف هفت گانه اساتید است که شرط اصلی ارتقاء در دانشگاه هاست و گذراندن دوره های دانش افزایی یکی از زمینه های این پیشرفت است. اگر با نگاه کاملاً تخصصی بخواهیم به سلامت معنوی بنگریم طبیعتاً در مرحله اول وظیفه یک پزشک و کادر درمانی رفع مشکلات جسمی بیماران است و برای پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران باید طی یک نظام ارجاع صحیح این بیماران در صورت نیاز به متخصصین دینی نیز ارجاع شوند. اگر چه تعدادی از مصاحبه شوندگان در مطالعه ما اعتقادی به کسب دانش و اجرای آن در صحنه عمل نداشتند و این مقوله را به روحانیت واگذار می کردند ولی اکثر پیشکسوتان علوم پزشکی شرکت کننده در این مطالعه ایجاد بستر سلامت معنوی را از وظایف پزشک می دانستند. البته لازم به ذکر است که درمان و آموزش رفتار سالم با رویکرد معنوی از وظایف متخصصین سلامت است و برای پرداختن به این مقوله، ضروری است آموزش های لازم تحت دوره های توانمندی اساتید صورت پذیرد. معلم نمونه در زمینه سلامت معنوی، ضمن درک فقر ذاتی خود و دوری از تکبر و تکبر، با ایمان و توکل به قدرت خداوند و با تضرع و پناه بردن به حضرت حق، احساس امنیت و آرامش می کند. با محبت به خدا و حسن ظن به او از یأس و ناامیدی رهایی می یابد که جز دوست نمی بیند و از دوست جز خیر و رحمت انتظاری ندارد. (۱۸) در پژوهش ما، اساتید مورد مصاحبه نیز در وهله اول به تربیت اساتید نمونه و انتقال تجربیات به منظور نهادینه سازی آموزش سلامت معنوی اشاره کردند. البته وظیفه سایر اساتید و موسسات مرتبط در دانشگاه ها معرفی این دسته از اساتید و بیان ویژگی های آنهاست. لزوم توجه به بعد معنوی برنامه درسی ایجاب می کند که توجه فراگیران به جنبه های فوق مادی زندگی جلب شود. به عنوان مثال یادآوری آخرت در محتوا، طراحی عکس، تصاویر و موارد مشابه در مورد مراکز و اماکن مذهبی، معنویت در برنامه و ... در تقویت ابعاد معنوی محتوا تأثیر دارد (۱۷) با توجه به اینکه

باورها و معنویت بیماران را بر سلامتی خود درک کنند. و اینکه باورهای معنوی دانش جوهر عملکرد پزشکی او تأثیر می‌گذارد. (۲۰) در مطالعه ما جایگاه خودمراقبتی معنوی دانشجویان و اهمیت این موضوع در بدو ورود دانشجویان به دانشگاه و آمادگی آنها بسیار مهم تلقی می‌شود. اساتید مصاحبه شونده اذعان دارند که آمادگی دانشجویان باید به صورت یک بسته آموزشی طراحی و در اختیار مسئولین آموزشی قرار گیرد.

استاد بالینی با توجه به الگوی خود برای دانشجویان، می‌تواند با رفتار محترمانه خود با بیمار و صبر و حوصله، جایگاه آموزش بالینی را در سایه برنامه درسی پنهان و به عنوان بخش مهمی از برنامه درسی پنهان در آموزش خودمراقبتی ارتقا دهد. درک وضعیت بیماران از نظر روحی نقش داشته باشد. (۱۸) تمامی اساتید حاضر در مطالعه ما به نقش برنامه درسی پنهان اذعان داشتند و تجهیز اساتید به مفاهیم و روش‌های آموزشی در زمینه سلامت معنوی را شرط دانستند. آگاهی از نیازهای روحی بیمار و احترام به اعتقادات دینی بیمار و در نظر گرفتن آنها در روند مراقبت از او مهم است. مطالعات نشان می‌دهد که بیماران از پرستاران انتظار دارند که بتوانند در مورد سلامت معنوی خود بحث کنند و اقدامات و برنامه ریزی‌های لازم را برای نیازهای معنوی بیماران انجام دهند. (۲۳) در مطالعه ما اکثر مصاحبه شوندگان بر لزوم شناسایی نیازهای روحی بیماران و با توجه به سطح اعتقادات مذهبی و همچنین با بیماران و نوع بیماری تأکید داشتند. بدلیل وسیع بودن و تأثیر عوامل مختلف در سلامت یک فرد و از طرف دیگر طیف متنوعی از اعتقادات مذهبی و معنوی بیماران باعث شده که کادر درمان و آموزش زیر بار پرداختن به این مقوله شانه خالی کنند. در مطالعه‌ای ارتباط بین نگرش مذهبی با اضطراب و برخی از مؤلفه‌های دشواری‌های نظم‌جویی هیجانی بررسی شده و به این نتیجه رسیده‌اند که ابعاد نگرش مذهبی می‌تواند به صورت منفی بر دشواری‌های نظم‌جویی هیجانی و اضطراب تأثیرگذار باشد لذا توجه به نگرش مذهبی در آسیب‌شناسی

معنویت در علوم بهداشتی باید کاربردی و واقعی، گسترده و متمرکز و دارای قابلیت انتقال سریع و همچنین قابل تمایز با سایر حوزه‌های سلامت و استفاده از آن برای همه آسان باشد، لذا روش‌های مختلف انتقال را شامل می‌شود. سخنرانی‌ها، فعالیت‌های گروهی کوچک، مهارت‌های داستان‌گویی معنوی، تجربه بالینی، کنفرانس‌های ملی، کارگاه‌های آموزشی، ایفای نقش، استفاده استاندارد از بیمار، و یادگیری مبتنی بر مشکل. (۱۹) در پژوهش ما، اساتیدی که بیشترین ارتباط را با بیماران نیازمند معنویت داشتند، استفاده از اساتید نمونه برای ارائه داستان مشکلات (روایی) بیماران را یکی از مؤثرترین روش‌های آموزش سلامت معنوی دانستند برنامه درسی باید به گونه‌ای طراحی شود که توانایی‌های شناختی فراگیران را در کنار عواطف و نگرش آنها نسبت به مظاهر زیبای هستی و میل به عمل تقویت کند. امکان تعامل اجتماعی مؤثر و کسب هویت اجتماعی مناسب برای یادگیرنده. تعادل بین انتظارات و محدودیت‌های وجودی. استفاده از اراده و اختیار در طراحی برنامه و فعالیت‌های آموزشی امکان‌پذیر است و مسئولیت‌پذیری یادگیرنده در قبال اعمال خود الزام‌آور است. (۱۷)

برخی از مطالعات به پایین بودن سطح سلامت معنوی دانشجویان اشاره کرده‌اند که نباید به راحتی از کنار آن گذشت و همواره باید این سوال را مطرح کرد که آیا به توسعه سلامت معنوی دانشجویان توجه کافی شده است؟ از برنامه‌های آموزش پزشکی انتظار می‌رود با تدوین و برنامه‌ریزی مؤثر با ارائه محتوا و مضامین معنوی همراه با فضای آموزشی مناسب همراه با الگوهای معنوی مناسب و اتخاذ راهبردهای آموزشی مؤثر، زمینه ارتقای سلامت معنوی دانشجویان را از نظر بینش و نگرش فراهم آورد. و عملکرد حین مطالعه (۲۰-۲۲) برای پاسخ به درخواست معنویت در برنامه درسی دانشکده پزشکی. شامل دستورالعمل‌های معنویت تجربی در سال سوم برنامه ترکیبی شش‌ساله BA-MD، با این هدف که دانشجویان باید تأثیر

بدلیل ماهیت این رشته ها در ارتباط نزدیک با بیمار و نیازها و تمایلات بیماران که وزن زیادی از دانشجویان را بخود اختصاص می دهد لازم است سیاست گذاران علاوه بر توجه به دو عامل شناسایی نیازهای معنوی بیماران متناسب با شرایط هر بیماری و اعتقاد اساتید به اهمیت جایگاه سلامت معنوی در حوزه آموزش و درمان ضمن ارتقاء اساتید با برگزاری دوره های توانمند سازی و توجه به سلامت معنوی در یک تیم درمانی با برنامه ریزی کلان در سطح وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از دشواری پرداختن به این مقوله بکاهند. این نگاه آینده نگارانه با زیر پوشش گرفتن شاخص های شش گانه نه تنها از هزینه های بیجا و سردرگمی بیماران می کاهد بلکه کمک خواهد کرد که نظام آموزش و درمان به زیر ساخت های مؤثر در سلامت انسانی بیشتر توجه نموده و همه توان را با جهت گیری متناسب با بیماری ها و مشکلات ناشی از هر بیماری به کار بگیرند.

نتیجه گیری

از جمله عوامل کلیدی شناسایی شده شش عامل شناسایی نیازهای معنوی بیماران، آموزش بین رشته ای و مداخله و کار تیمی، عدم آگاهی، دوره ها و توانمندسازی اساتید، مشکل در پرداختن به سلامت معنوی و اعتقادات اساتید بیشترین تاثیر را بر آینده معنوی دارد. آموزش بهداشت در دانشگاه های علوم پزشکی و تمامی برنامه ریزی ها و سیاست گذاری ها باید حول این شش عامل باشد. برنامه ریزان و سیاست گذاران باید به نیازهای معنوی بیماران و همچنین حساس سازی و ارتقای سطح اعتقادی اساتید به عنوان دو عامل اولویت دار از جمله عواملی که بیشترین تأثیر را بر آینده آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی دارد، توجه بیشتری داشته باشند.

اختلالات اضطرابی و متعاقب آن دستورالعمل های درمانی را یک ضرورت می دانند. بعضی نیز تعریف مفاهیم دین و معنویت را دشوار می دانند ولی در عین حال اهمیت استفاده از آنها را به عنوان سازوکارهای مقابله ای در زندگی خود و بیماران می دانند (۲۴) این دشواری در پرداختن به مشکلات بیماران به خصوص در سالمندان نیز دوچندان می شود. یکی از مسائل تأثیرگذار بر زندگی سالمندان، وضعیت سلامتی آنان است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد. سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامتی مرتبط است و بر آنها تأثیر می گذارد (۲۵). این بُعد از سلامتی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه ای را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. در مطالعه ما نیز اساتید اذعان داشتند که هر بیمار متناسب با وضعیت بیماری و نوع بیماری و سابقه بیماری در خود و خانواده خود و از طرفی میزان اعتقادات مذهبی خود یک نوع نیاز به برطرف کردن مشکلات ناشی از بیماری دارد. سن بیماران نیز در این مسأله دخالت دارد بطور مثال بیماران کودک و نوجوان علاوه بر بیماری خانواده آنها نیز نیاز به توجه و همدلی معنوی دارند و سالمندان نیز بدلیل ساختار بزرگ منشا نه در خاندان نیز به نحو دیگر نیاز به کمک دارند. همه این مسایل به نوعی به مشکلات مرتبط خواهد افزود لذا به همین دلیل خیلی از اساتید از این مسأله شانه خالی می کنند. این مسأله جز با ماموریت محوری و آماده سازی گام گام سیستم آموزشی قابل حل نیست.

لزوم پرداختن به سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان بخصوص در بین رشته های بالینی علوم پزشکی (پزشکی، پرستاری، توانبخشی و دندانپزشکی)

منابع

1. Farajpour, A, Leila A. Review of ethical consideration in clinical training; propose behavioral codes in Iranian educational system. *Educational Development of Judishapur* .۹-۱ :۲۰۱۶(۱):۹-۱
2. Khaghanizadeh M, Maleki H, Abasi M. Abaspour A. Identity of the medical ethics curriculum based on the experiences of teachers of medical ethics: qualitative research. 2011; 5(16): 95-116.
3. McSherry W, survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 1757-67.
4. Khaghanizadeh M. The challenges of medical ethics curriculum: a qualitative study of instructor's view. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* .2012;5(2): 70-79.
5. 5-AL-Jalahma M. Fakhroo, E. Teaching medical ethics: Implementation and evaluation of a new course during residency training in Bahrain. *Education for Health*. 2004; 17: 62-72.
6. Bolhari J. Institutionalization of Spirituality in the Concept of Spiritual Health. *Medical Ethics Journal* .2010; 5(14): 105-112.
7. Nahardani Z. Applied Education of Spiritual Health in Iranian Medical Sciences. *Journal of Medical Education and Development* .2020; 15(1):40-52
8. Ishaghi, R. Mahmoudian, S. A. Asgarian, R. Sohrabi, A. Effect of Faith-based Education on Physical Activity on the Elderly. *Iranian Journal of Medical Education*.2011 ;10(5):1281-1288
9. Yazdani, S., AkbariLakeh, M., Ahmady, S., Afshar, L., & Foroutan, S. A. Value-based curriculum model from the viewpoints of experts in education of ethics and values in Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*.2015 ;15: 304-318.
10. Miller, J. P. *Education and the soul: Toward a spiritual curriculum*. SUNY Press.2000
11. Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Educ Today*. 2015; 14: 1-27.
12. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality? *Journal of religion and health* 2012; 51(1): 3-19.
13. Leikas Jaana. Life-based design: a holistic approach to designing human-technology interaction. VTT Technical Research Centre of Finland, 2009.
14. American Nurses Association. *Code for nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.2003
15. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011; 16(1):125-32.
16. Barnett KG, Fortin AH 6th. *Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents*. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(5): 481-5
17. Memarian, N., Nahardani, S. Z., Rasouli, M. Vahidshahi, K. Developing educational goals and expected competencies for teaching spiritual



- health to the students of medical sciences. 2017: 116-125
18. Asadzandi M. Spiritual Characteristics for Role-Modeling Education. *Educ Strategy Med Sci*. 2017; 10 (1) :23-35
 19. Fisher JW. Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum. UoM Custom Book Centre; 2010.
 20. Nasrollahi I, Z., Mohammadi, S., Tahmasebi, G. Biderafsh, A. The Study on the spiritual health of medical students, a way to explain the necessity of incorporating spiritual content into medical education program: A descriptive cross-sectional study. 26-31 : (11)6; 2019 .
 21. Hsiao YC, Chiang HY, Lee HC, Chen SH. The effects of a spiritual learning program on improving spiritual health and clinical practice stress among nursing students. *J Nurs Res*. 2012; 20: 281-9.
 22. Frouzandeh N, Aein F, Noorian C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. *J Educ Health Promot*. 2015; 4: 1-5
 23. Abbaszadeh, A., Borhani, F, Abbasi. M. Spiritual health, a model for use in nursing. 2015; 8(30): 57-76.
 24. Diane Elkonin ,Ottilia Brown & Samantha Naicker. Religion ,Spirituality and Therapy: Implications for Training. *Journal of Religion and Health* volume 53 ,pages 119-134 (2014)
Cite this article
 25. world health organization international statistical classification of diseases and health related problems ICD-10. Geneva. World organization. 2005

Foresight of Spiritual Health Education in Medical Sciences

A.Taheri^{1*}, B. Shams², H. A. Tehran³

Abstract

Background and Objective: Dealing with spiritual health along with other aspects of human health in health-related professions in medical sciences in personal, professional and organizational dimensions, besides its great benefits, is of special importance in patient interactions. Designing a trajectory for the education of spirituality and spiritual health will help to institutionalize spiritual health. Our aim in this study is to structurally analysis the factors affecting the future of spiritual health education in medical sciences.

Methods and Materials: Identification of the key factors effective in changing spiritual health education in two stages (semi-structured interview with professors and completion of the questionnaire of final factors) and then the type of influence of these key factors and the final drivers on each other in a paired table analyzed by Mic Mac software.

Results: From the total drivers and key factors extracted from documents and interviews, factors such as patients' spiritual needs, lack of awareness and knowledge, interdisciplinary training and intervention and teamwork, the difficulty of the issue of spiritual health, the belief of professors, and the empowerment of professors have the greatest impact on The future of spiritual health education is in medical sciences.

Conclusion: Although all the planning and policies are done considering all the spiritual needs of the patients, but the improvement of the level of belief of the professors in the field of spiritual health as the second most important factor along with other factors such as interdisciplinary training and intervention and team work, lack of awareness and knowledge. Courses and empowerment of professors, the difficulty of dealing with spiritual health are factors influencing the future of spiritual health education in medical sciences.

Keywords: Spiritual Health, Education, Foresight, Medical Sciences, Structural Analysis.

1*. Corresponding author. Orthotics and prosthetics, Faculty of Rehabilitation, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Prof, Department of Medical Ethics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Assistant Prof, Department of Medical Education, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

تمایل به پرداخت برای واکسن کرونا ویروس ۲۰۱۹: یک مطالعه مروری

زهرا عبدلی^۱، فریناز مقدسی^۲، سمانه پنجه علی بیک^۳، علی محمد اجاقی^۴، اباسط میرزایی^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: گذار از همه‌گیری جهانی کرونا؛ کسب تجربه‌ای نوین در ابعادی گسترده و بی‌سابقه را در چند سده‌ی اخیر در بهداشت جهانی در واکسیناسیون عمومی این بیماری امکان‌پذیر ساخت. بررسی و تحلیل فرایند پذیرش واکسیناسیون توسط مردم، از اصول مهم در آینده پژوهی مدیریت بیماری همه‌گیری‌های مشابه، خواهد بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مرور-روایتی است که در بازه‌ی زمانی دسامبر ۲۰۱۹ لغایت ژانویه ۲۰۲۲ انجام گرفت. برای جستجوی اطلاعات مورد نیاز از پایگاه داده‌های انگلیسی زبان PubMed، Scopus، EMBASE و پایگاه داده‌های فارسی SID و موتور جستجوی Google Scholar استفاده شد. استراتژی جستجو با استفاده از کلید واژه‌ها و عملکردهای مرتبط پیاده‌سازی شد. علاوه بر این، برای ورود و خروج مطالعات به پژوهش، معیارهایی تعریف شد.

یافته‌ها: در مجموع ۱۷۱۰۰ مقاله در پایگاه‌های اطلاعاتی بازبایی شد که پس از بررسی عنوان و چکیده مقالات در فاز غربالگری و حذف مقالات دارای عدم ارتباط موضوعی، در نهایت متن کامل ۲۷ مقاله واجد شرایط شد. بهبود دسترسی به واکسن‌ها و ایمنی و اثربخشی واکسن‌ها، وضع مقررات مربوط به کارت واکسیناسیون، توسعه کمپین‌های اجتماعی واکسیناسیون، اصلاح باورهای غلط درباره واکسن‌ها و ترویج رسانه ملی و تشویق‌های مالی از جمله مداخلاتی بود که برای ارتقاء تمایل به واکسن کووید استفاده شد.

نتیجه‌گیری: در همه‌گیری‌های جهانی، برنامه‌ریزی جهت رایگان شدن واکسن برای افراد کم‌درآمد جامعه و اهداء واکسن رایگان به کشورهای کم‌درآمد، توسط سازمان‌های جهانی متولی سلامت، می‌تواند از راهکارهای پیشنهادی برای چابک‌سازی برنامه‌های واکسیناسیون باشد. علاوه بر این برنامه‌ریزی جهت افزایش آگاهی و ارتقا باورهای مردم و استفاده از مدل‌های باور سلامتی می‌تواند در بهبود پذیرش واکسیناسیون، در افراد مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: تمایل به پرداخت، واکسیناسیون، کووید-۱۹، عرضه و تقاضا، تردید در واکسن

۱. دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳. دکتری تخصصی ریاضی کاربردی، مرکز سنجش آموزش پزشکی، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت رسانه دانشگاه پیام نور تهران، ایران

*۵. نویسنده مسؤل: دانشیار، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران. amacademic@yahoo.com

مقدمه

اواخر سال ۲۰۱۹ شیوع بیماری ناشناخته سندرم حاد تنفسی با عدد مولد پایه در چین، خبر از بحرانی جدی در بهداشت جهانی داشت. ویروس کرونای^۱ به عنوان عامل این بیماری شناسایی شد و دانشمندان آن را بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ یا به اختصار کووید-۱۹ نامیدند. اگرچه گمانه زنی‌های فراوانی برای چگونگی آغاز این بیماری مطرح بود؛ با این حال منشأ دقیق آن هنوز ناشناخته باقی مانده است. در مدت زمانی بسیار کوتاهی کووید-۱۹، به همه‌گیری جهانی تبدیل و پس از همه‌گیری آنفولانزا در سال ۱۹۱۸ به عنوان جدی‌ترین تهدید برای سلامت عمومی عنوان شد (۲،۳). قرنطینه‌های سراسری، هزینه‌های درمانی و بهداشتی ناگهانی مانند مداخلات مختلف بهداشتی، به ویژه مداخلات غیردارویی (مانند استفاده انبوه از ماسک، فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه خانگی) توسط دولت‌ها برای مهار گسترش این بیماری اجرا شده است (۶،۷،۲). در نتیجه در طول این پاندمی، بر سیستم‌های بهداشت عمومی و اقتصاد در سطح جهانی فشار زیادی تحمیل و بررسی‌ها نشان می‌دهد، چالش‌های آن در زمان پسا کرونا، همچنان هم ادامه دارد (۴،۵). با این حال برخی اثربخشی این مداخلات غیردارویی همواره مورد تردید بوده است و به عقیده‌ی برخی از صاحب‌نظران حوزه‌ی اقتصاد سلامت، این مداخلات با ایجاد هزینه اقتصادی بالا، منجر به یک جنگ فرسایشی طولانی در جوامع بشری شده است (۸). علاوه بر این برخی از پژوهشگران بر این باورند در همه‌گیری‌های جهانی با اینکه مداخلاتی مانند فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه می‌تواند باعث کاهش نرخ گسترش ویروس و ثابت شدن منحنی اپیدمی شود؛ انتقال بیماری جز با مصونیت گله‌ای ایجاد شده توسط عواملی مانند عفونت یا واکسیناسیون حاصل نخواهد شد (۱۰،۹). دور از ذهن نیست که شیوع همه‌گیری‌های جهانی جدید با توجه به افزایش جمعیت انسان‌ها و تغییر شرایط زندگی در کمین سلامت جهانی باشد؛ در نتیجه برنامه‌ریزی اقتصادی

برای پوشش مطلوب واکسیناسیون به عنوان یکی از رویکردهای اصلی در کنترل و جلوگیری از همه‌گیری کووید-۱۹ فعلی و شیوع‌های آینده، بسیار ضروری خواهد بود (۱۱). برای پایان دادن به این بیماری همه‌گیر، باید بخش بزرگی از جهان در برابر این ویروس مصون باشند. ایمن‌ترین راه برای رسیدن به این هدف، واکسن است. واکسن یک فناوری است که بشر از گذشته اغلب برای کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی به آن اعتماد کرده است. در کمتر از ۱۲ ماه پس از آغاز همه‌گیری کووید-۱۹، چندین تیم تحقیقاتی به چالش کشیده شدند و واکسن‌هایی را توسعه دادند که از ویروسی که باعث کووید-۱۹ می‌شود، محافظت می‌کند (۴۸).

بررسی‌ها نشان می‌دهد، موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون به جذب بالای افراد جامعه برای پذیرش واکسیناسیون بستگی دارد و شناخت عوامل مؤثر بر پذیرش واکسیناسیون امری ضروری است و گامی حیاتی برای مداخله و ارزیابی استراتژیک بهداشت عمومی است (۱۵،۱۲). در همه‌گیری کووید-۱۹، تردید به دریافت واکسن توسط سازمان بهداشت جهانی، به عنوان یکی از ده تهدید برتر برای سلامت جهانی فهرست شد و نگرانی‌های فزاینده در میان عموم مردم با توجه به ایمنی و اثربخشی واکسن‌ها به عنوان عامل مؤثر بر رفتار واکسیناسیون فردی اهمیت زیادی به وجود آمد (۱۴، ۱۳). از دیدگاه اقتصادی واکسیناسیون علاوه بر تأمین سلامتی، کاهش خسارت، تلفات جانی و تأمین سلامت همگانی، کاهش هزینه‌های درمانی و مصارف دارویی را در پی داشته و در نتیجه اثر بخشی مثبت اقتصادی را در پی خواهد داشت (۱۶).

افراد برای بدست آوردن محصولی با کیفیت مشخص و در نتیجه افزایش مطلوبیت و رفاه خود حاضر به صرف هزینه هستند؛ و در این حالت تمایل به پرداخت نشانگر ارزش گذاری فرد برای کالا است (۱۷). تمایل به پرداخت^۱ معیاری برای حداکثر مقدار پولی است که مصرف کنندگان حاضرند برای به دست آوردن محصولی با کیفیت از آن صرف نظر کنند؛ بنابراین می‌توان از آن

1. WTP

1. SARA-COV-2

برای سنجش تقاضا در یک محصول یا خدماتی مانند واکسن‌ها استفاده کرد (۱۸،۱۹). علاوه بر این در مورد واکسن، مقدار تمایل به پرداخت اندازه‌گیری ارزش پولی را که مصرف‌کنندگان برای اجتناب از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بیماری مایل به پرداخت آن هستند را نشان می‌دهد. هزینه مستقیم ابتلاء به یک بیماری شامل تمام هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی و حتی بستری شدن در بیمارستان می‌شود؛ در نتیجه می‌تواند بسیار بالا باشد. هزینه غیر مستقیم بیماری شامل زمان از دست رفته، دخالت در فعالیت‌های خانگی و شخصی به دلیل ابتلاء به یک بیماری می‌باشد (۱۶). در ۳ سال اخیر مطالعات متعددی در مورد تمایل به پرداخت و نرخ پذیرش واکسن کرونا منتشر شده است. جمع‌آوری و دسترسی به این اطلاعات و تجربیات برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای توسعه‌ی برنامه‌های پیشگیری از بحران‌های آتی مهم است. بنابراین هدف این مطالعه برآورد تمایل به پرداخت و عوامل مؤثر بر پذیرش واکسن کرونا می‌باشد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مرور-روایتی است که در بازه‌ی زمانی دسامبر ۲۰۱۹ لغایت ژانویه ۲۰۲۲ انجام گرفت. هدف از انجام این پژوهش یافتن، طبقه‌بندی و تجزیه تحلیل مقالاتی بود که در حوزه‌ی تمایل به پرداخت برای دریافت واکسن کرونا را به زبان انگلیسی و فارسی بررسی و تحقیق کرده بودند. برای جستجوی اطلاعات مورد نیاز از پایگاه داده‌های انگلیسی زبان Scopus، EMBASE Pubmed، Scholar Google و پایگاه داده‌های فارسی SID استفاده شد. جستجو در پایگاه‌ها با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط که با مناسب با یکدیگر ترکیب شدند، انجام شد. راهبرد جستجو در پایگاه داده‌ها عبارت بود از: “Demand” OR “Pay to Willingness” AND (“Preference” OR “Acceptance” OR (“*SARS” OR “19-COVID” OR “*Corona”)) معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی پژوهش‌های انجام

شده مرتبط با تمایل به پرداخت واکسیناسیون در برابر بیماری کووید ۱۹، از دسامبر سال ۲۰۱۹ تا ژانویه ۲۰۲۲ بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، مطالعات منتشر شده بعد از پایان ژانویه ۲۰۲۲ و منابع علمی فاقد متن کامل و مقالات کنفرانس، مقالات غیرانگلیسی زبان، مقالاتی که بحث تمایل به پرداخت برای دریافت واکسن کرونا در آن اشاره نشده بود. دو نفر از پژوهشگران وظیفه اصلی غربالگری مطالعات را بر عهده داشت، در صورت وجود مشکل، با مشارکت نفر سوم و بحث و تبادل نظر، اجماع حاصل می‌شد. به طور کلی، تعداد ۱۷۱۰۰ مقاله از طریق پایگاه‌ها استخراج شد. پس از حذف موارد تکراری و موارد فاقد متن کامل، تعداد ۳۵۷ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین تعدادی از مقالات، بدلیل عدم کاربرد در حوزه تمایل به پرداخت واکسیناسیون در برابر بیماری کووید ۱۹ حذف شدند. پس از بررسی، و در نهایت پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده، تعداد ۲۷ مقاله پژوهشی مرتبط با تمایل به پرداخت افراد برای واکسیناسیون در برابر بیماری کووید ۱۹ در این پژوهش جهت استخراج داده‌ها از طریق جمع‌آوری نتایج مطالعات مرتبط و ثبت در فرم‌های مربوطه مورد استفاده قرار گرفتند.

برای استخراج داده‌های مطالعات، ۲ فرم طراحی شد؛ یکی برای استخراج ویژگی‌های عمومی مطالعات و دیگری برای استخراج نتایج مطالعات استفاده شد. فرم ویژگی‌های عمومی شامل نویسنده، سال، کشور، هدف مطالعه، اطلاعات شرکت‌کنندگان (سن، جنس، میزان تحصیلات)، ابزار جمع‌آوری اطلاعات و فرم نتایج مطالعات شامل ویژگی وضعیت درآمد شرکت‌کنندگان، وضعیت درآمدی کشور مورد مطالعه، درصد پذیرش واکسن، درصد تمایل به پرداخت مثبت، میانگین تمایل به پرداخت (به دلار آمریکا)، تمایل به پرداخت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی سرانه و نتایج مربوط به تأثیر متغیرها بر تمایل یا عدم تمایل به پرداخت بود. برای محاسبه تمایل به

و همچنین انتشار داده‌های مبتنی بر شواهد همراه با ایجاد یک فضای گفتگوی باز و شفاف از جمله مهم‌ترین راهکارهای آموزشی بودند. از جمله مؤثرترین راهکارهای رسانه‌ای می‌توان به تبلیغ گسترده در رسانه ملی و ارسال پیامک‌های تشویقی به واکسیناسیون اشاره کرد. اعطای مشوق‌های مالی یا بورس تحصیلی برای دریافت‌کنندگان واکسن نمونه‌های از راهکارهای اقتصادی بودند.

مطالعات از ۱۷ کشور مختلف شیلی، هند، آمریکا، ایران، چین، بنگلادش، مالزی، ویتنام، لبنان، استرالیا، اندونزی، فیلیپین، پاکستان، نیجریه، رومانی، کنیا، برزیل گزارش شده بودند (۲۱-۴۷). در بین مطالعات انجام شده، سه مطالعه در کشورهای با درآمد بالا، یازده مطالعه در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا، سه مطالعه در کشورهای با درآمد متوسط و ده مطالعه در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به پایین انجام شده بود. بازه‌ی تعداد افراد شرکت‌کننده در مطالعات از ۲۰۳ نفر در کشور رومانی تا ۳۵۴۱ نفر در کشور فیلیپین متغیر بود. سن افراد شرکت‌کننده، به جز دو مطالعه که سن افراد شرکت‌کننده در آن بالای ۲۰ و ۲۴ سال بودند، در اکثر مطالعات بالای ۱۸ سال بوده است. در اکثریت مطالعات، بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. درآمد ماهیانه شرکت‌کنندگان در مطالعه از ۱۰۷ دلار (آمریکا) در ایران تا حدود ۴۰۰۰ دلار در ایالات متحده آمریکا متفاوت بود. سیزده پژوهش از این مطالعه، از روش ارزش‌گذاری مشروط (CVM) (۴۶،۴۲،۴۱) ۲۱،۲۴،۲۵،۲۷،۲۸،۳۴،۳۵،۳۷،۳۹،۴۰، پنج مطالعه بصورت مقطعی^۲ (۲۲،۲۳،۲۶،۳۲،۴۷)، چهار مطالعه از روش مدل باور بهداشتی^۳ (۳۸-۳۶-۳۳-۳۱-۳۰) (سه مطالعه از روش آزمایش انتخاب گسسته^۴ (۴۵-۴۴-۴۳) و یک مطالعه از روش PSM^۵ (۲۹) استفاده کرده بود. گروه هدف در تمام مطالعات بجز دو

پرداخت، ارزش جاری کشورها به دلار آمریکا در سال مطالعه تبدیل شدند. در مطالعاتی که سال مطالعه مشخص نبود؛ یکسال قبل از سال چاپ مطالعه به عنوان سال انجام مطالعه در نظر گرفته شد. در تعدادی از مطالعات تمایل به پرداخت بصورت درصدی از شرکت‌کنندگان (مثلاً ۶۵٪ شرکت‌کنندگان مقدار ۱۰۰ دلار تمایل به پرداخت داشتند). گزارش شده بود در این موارد میزان گزارش شده به عنوان پایه در نظر گرفته شد.

همچنین برای محاسبه درصد تمایل به پرداخت از تولید ناخالص داخلی سرانه (Capita per GDP)، میزان تمایل به پرداخت به تولید ناخالص داخلی سرانه در سال مطالعه یا یکسال قبل از انتشار مطالعه تقسیم شد. همچنین از اطلاعات بانک جهانی برای محاسبه تولید ناخالص داخلی سرانه و طبقه بندی کشورها از نظر درآمد استفاده شده است.

یافته‌ها

در مجموع ۱۷۱۰۰ مقاله در پایگاه‌های اطلاعاتی بازیابی و در نهایت تعداد ۲۷ مقاله در زمینه تمایل به پرداخت افراد به انجام واکسیناسیون کووید-۱۹ مطالعه شد. برخی از مقالات با توجه به علل شناسایی شده برای عدم تمایل افراد به واکسیناسیون، یک راهکار یا ترکیبی از راهکارها را پیشنهاد داده بودند از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به بهبود دسترسی به واکسن، بهبود ایمنی و اثربخشی واکسن‌ها، تعیین سیاست‌های مناسب با مشاغل و وضع مقررات مشروط به ارائه کارت واکسن اشاره کرد. اغلب راهکارهای اجتماعی از نوع ترویجی، با تمرکز روی کمپین‌های اجتماعی بودند. کمپین‌های محلی با محوریت رهبران مذهبی و کمپین‌های گروه‌های پزشکی برای ترغیب هم‌تایان از جمله این کمپین‌ها بودند. همچنین، ترویج واکسن توسط چهره‌های مردمی، رهبران اجتماعی، ایفلون‌سرها شبکه‌های اجتماعی و سفیران داوطلب از میان اعضای خانواده به عنوان راهکارهای مؤثر اجتماعی پیشنهاد شده بود. اصلاح باورها و تصورات غلط درباره واکسن به‌ویژه از طریق متخصصین سلامت

1. Conditional valuation method

2. cross-sectional

3. Health belief model

4. DCE

5. PSM (Price Sensitivity Meter)

مطالعه که بر روی زنان باردار و افراد مهاجر ساکن شانگهای چین انجام شده بود؛ عموم افراد ساکن در کشورهای مورد مطالعه بود (۲۳-۲۲). در اکثریت مطالعات (۱۴ مطالعه) بیشترین افراد شرکت‌کننده در مطالعات از زنان بوده‌اند. جمع‌آوری داده در تمام مطالعات بجز دو مطالعه از طریق پرسشنامه آنلاین بوده است. در تمامی مطالعات بجز یک مطالعه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. نرخ پذیرش واکسن در ۱۸ مطالعه گزارش شده است. کمترین نرخ پذیرش واکسن (کمتر از ۶۰٪) مربوط به کشور پاکستان با ۴۸،۲٪ درصد (۲۶) و بیشترین نرخ پذیرش واکسن (بالای ۹۰٪) مربوط به ۶ مطالعه از کشورهای هند (۹۰،۲٪) (۳۳)، چین (۹۱،۳٪)، اندونزی (۹۳،۴٪) (۴۲)، مالزی (۹۴٪) (۳۶)، کنیا (۹۶٪) (۴۱) و اکوادور (۹۷٪) (۴۶) بود. درصد تمایل به پرداخت مثبت در ۱۲ مطالعه گزارش شده است و از ۲۶٪ در کشور نیجریه (۴۷) تا ۹۰،۶٪ در کشور شیلی (۲۸) متفاوت است. کمترین مبالغ تمایل به پرداخت در ۲۶ مطالعه بررسی شده (برحسب دلار آمریکا) مربوط به مطالعات ۷ کشور نیجریه (۱،۲ دلار) (۴۷)، هند (۱،۹ دلار برای واکسن با اثربخشی کامل و ۱،۶ دلار برای واکسن با اثربخشی ۷۰٪) (۳۹)، پاکستان (۳،۲ دلار) (۲۶)، بنگلادش (۴،۷۲ دلار) (۳۱)، هند (۶،۸۱-۱۳،۶۲ دلار) (۳۳)، ایران (۱۴ دلار برای واکسن با محافظت طولانی و ۴ دلار برای واکسن با محافظت یکساله) (۲۷) و ویتنام (۱۵،۲ دلار) (۲۳) می‌باشد. بیشترین مبالغ تمایل به پرداخت مربوط به مطالعات ۷ کشور ایالات متحده آمریکا (۳۱۸،۷۶ دلار برای واکسن با اثربخشی ۹۵٪ و محافظت یکساله و ۲۳۶،۸۵ دلار برای واکسن با اثربخشی ۵۰٪ و یکسال محافظت) (۲۴)، شیلی (۲۳۲ دلار) (۳۷)، ایالات متحده آمریکا (۲۲۸ تا ۲۹۱ برای والدین و ۲۴۳ تا ۳۲۱ دلار برای فرزندان) (۴۰)، شیلی (۱۸۴،۷۲ دلار) (۲۸)، اکوادور (۱۹۶،۶۵ دلار برای واکسن با ۹۸٪ اثربخشی و محافظت ۲۰ ساله و ۱۴۷،۶۱ دلار برای واکسن با اثربخشی ۷۰٪ و محافظت یکساله) (۴۶)، چین (۳۰۶ دلار برای واکسن با ۹۰٪ اثربخشی و محافظت ۱۸ ماهه

و ۷۰ دلار برای واکسن با ۵۰٪ اثربخشی و محافظت ۶ ماهه) (۴۳)، رومانی (۲۲،۷ تا ۲۲۷،۲ دلار) (۲۹) و چین (۷۵ تا ۱۴۹ دلار) (۳۲) بوده است.

کمترین تمایل به پرداخت به عنوان درصد تولید ناخالص داخلی در کشور نیجریه (۰،۲۴٪)، هند (۰،۲۷٪)، پاکستان (۰،۰۶۵٪)، ایران (۰،۰۶۷٪) و بنگلادش (۰،۰۹٪) می‌باشد و بیشترین میزان تمایل به پرداخت به عنوان درصد تولید ناخالص داخلی در کشور اکوادور (۱،۳۵٪ تا ۱،۸٪)، کنیا (۱،۰۸٪ تا ۱،۵٪)، ویتنام (۱،۰۴٪)، شیلی (۰،۹۲٪) و چین (۰،۴٪ تا ۱،۷۷٪) می‌باشد. عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت برای واکسن در ۲۱ مطالعه گزارش شده است در جدول ۲ خلاصه و جمع‌بندی شده است. این عوامل شامل میزان درآمد بالاتر (۱۶ مطالعه)، میزان تحصیلات بیشتر (۶ مطالعه)، اثربخشی بالای واکسن (۶ مطالعه)، سن (۶ مطالعه) که در ۲ مطالعه افراد دارای سن کمتر تمایل به پرداخت بیشتری داشتند و در ۴ مطالعه افراد مسن‌تر، مایل به پرداخت بیشتر بودند)، محل سکونت (۶ مطالعه)، جنسیت (۵ مطالعه) که در ۲ مورد مردان تمایل بیشتری به پرداخت برای واکسیناسیون داشتند و در ۳ مطالعه تمایل زنان برای پرداخت بیشتر بود)، مدت حفاظت بیشتر (۵ مطالعه)، وضعیت اشتغال (۴ مطالعه)، ایمنی واکسن (۳ مطالعه)، ریسک ابتلا به کرونا (۳ مورد)، دارا بودن بیماری زمینه‌ای (۲ مطالعه)، وجود فرد دارای بیماری در منزل (۲ مطالعه)، سابقه ابتلا به کرونا توسط خود و اعضای خانواده (۳ مطالعه)، نگرش مثبت به واکسن (۲ مطالعه)، تعداد کودکان (۱ مطالعه)، نگهداری از فرد سالمند در منزل (۱ مطالعه) و قیمت واکسن (۱ مطالعه) بودند. دلایل عدم تمایل به پرداخت برای واکسن نیز در ۹ مطالعه گزارش شده است و شامل نگرانی در مورد اثربخشی و ایمنی و عوارض جانبی واکسن (۷ مطالعه)، مسن بودن (۱ مطالعه)، اعتقاد به اینکه تهیه رایگان واکسن وظیفه دولت است (۱ مطالعه)، نداشتن پول کافی (۱ مطالعه)، ترجیح درمان‌های سنتی بجای استفاده از واکسن (۱ مطالعه)، عدم اعتماد به کشورهای سازنده واکسن (۱ مطالعه)،

می‌باشند.

با توجه به مطالعات، از عوامل بسیار مهم در این موضوع، دیدگاه منفی مردم این کشورها نسبت به اثربخشی و ایمنی واکسیناسیون، عدم اعتماد به واکسن‌های ساخته شده توسط کشورهای غربی و یا اعتقادات ملی - مذهبی این کشور بوده است. در حالی که واکسن‌ها به عنوان یکی از موفق‌ترین اقدامات بهداشت عمومی شناخته می‌شوند، تعداد فزاینده‌ای از مردم بر این باورند که واکسن‌ها یا نا ایمن یا غیر ضروری هستند (۵۱). در سال ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی تردید در واکسیناسیون را به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت جهانی معرفی کرد و تردید واکسن را به عنوان «تأخیر در پذیرش یا امتناع از واکسیناسیون، علیرغم در دسترس بودن خدمات واکسیناسیون» تعریف می‌کند (۵۲). عوامل رفتاری دیگری نیز وجود دارد که بر دریافت واکسن تأثیر می‌گذارند مانند خشنودی (درک خطر، شدت بیماری)، منابع اطلاعاتی (۵۰)، ویژگی اجتماعی و جمعیت‌شناختی (۵۳)، سطح تعهد افراد به فرهنگ خطر و سطح اعتماد آن‌ها به مقامات بهداشتی و پزشکی رایج در کشور (۵۴-۵۵). واکسیناسیون علاوه بر تأمین سلامتی و کاهش خسارت و تلفات جانی، کاهش هزینه‌های درمانی و مصارف دارویی و در نتیجه صرفه اقتصادی را در پی دارد (۴۹). بیشترین درصد پذیرش واکسن مربوط به کشورهای اکوادور واقع در آمریکای جنوبی با ۹۷٪ و کنیا در شرق آفریقا با ۹۶٪ بوده است. با این حال در مجموع، نرخ پذیرش واکسن در اکثر مطالعات بالا گزارش شده و نرخ تمایل به پرداخت مثبت نیز در مطالعاتی وارد شده به این مطالعه بجز کشور نیجریه، با ۲۶٪ نسبتاً بالا بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین مبالغ تمایل به پرداخت در کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط رو به بالا بیشتر بوده است همچنین افراد شرکت کننده در مطالعات نیز بسته به افزایش میزان درآمد ماهیانه خود تمایل به پرداخت بیشتری

اعتقاد به هدف گرفتن مسلمانان توسط کشورهای غربی سازنده واکسن (۱ مطالعه)، داشتن فرزند کوچک بدلیل اینکه واکسن برای کودکان رایگان است (۱ مطالعه) بود.

بهبود دسترسی فیزیکی و جغرافیایی واکسن کووید ۱۹، توسعه مراکز واکسیناسیون و بهبود فرآیند توزیع واکسن، کنترل قیمت و هزینه دسترسی به آن و بهبود ایمنی و اثربخشی واکسن همه مداخلات بهبود دهنده هستند. اولویت‌بندی افراد برای دریافت واکسن کووید بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها نیز جزء برنامه‌های بهبوددهنده واکسیناسیون کووید پیشنهاد می‌شود.

بحث

این پژوهش با استفاده از یک مرور روایتی به بررسی تجربه کسب شده در میزان تمایل افراد برای پرداخت در واکسیناسیون همگانی کرونا پرداخته است. بعد از جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف، مطالعات از ۱۷ کشور مختلف گزارش شده بودند که بیشترین تعداد مطالعات مربوط به کشور چین بوده است. بررسی‌ها نشان داد، اکثر مطالعات مرور شده در این مطالعه از قاره آسیا (۱۶ مطالعه) بوده است که این مسأله با فرض جمعیت بالا و شیوع گسترده‌تر بیماری در این قاره واضح است. آمریکای جنوبی (۴ مطالعه)، آمریکای شمالی (۲ مطالعه)، در آفریقا (۲ مطالعه)، اروپا (۱ مطالعه) و اقیانوسیه (۱ مطالعه) قاره‌هایی بودند که به ترتیب شامل مطالعاتی وارد شده در این مرور بودند. درصد تمایل به پرداخت مثبت در ۱۲ مطالعه گزارش شده است و از ۲۶٪ در کشور نیجریه (۴۷) تا ۹۰٪ در کشور شیلی (۲۸) متفاوت است و کمترین ۱٫۲ دلار تا بیشترین مبلغ ۳۱۸٫۷۶ دلار برای پرداخت واکسن کرونا از تا متغیر بود. کمترین درصد پذیرش واکسن در این مطالعه، در مطالعات انجام شده در کشورهای واقع در آسیای جنوبی و جنوب شرقی آسیا بود (پاکستان با نرخ پذیرش ۴۸٫۲، ویتنام ۶۰٫۴، بنگلادش ۶۲ و فیلیپین ۶۲) که جزء پرجمعیت‌ترین کشورهای جهان

تمایل به پرداخت برای واکسن کرونا و بروس ۲۰۱۹: یک مطالعه مروری

نیز برای واکسن داشتند و در اکثر مطالعات رابطه معنادار مثبت بین میزان درآمد و میزان مبالغ تمایل به پرداخت وجود داشت. افراد ساکن در مناطق شهری بدلیل دارا بودن درآمد ماهیانه بالاتر تمایل بیشتری برای پرداخت برای واکسیناسیون نسبت به مناطق روستایی و حاشیه شهرها داشتند. برنامه‌ریزی جهت رایگان شدن واکسن برای افراد کم درآمد جامعه و اهدا واکسن رایگان به کشورهای کم درآمد توسط سازمانهای جهانی متولی سلامت می‌تواند از راهکارهای افزایش واکسیناسیون باشد.

شناسایی ریشه‌های انگیزشی (به عنوان مثال، نگرش‌ها یا دلایل) و راه‌های رسیدگی به این موارد مهم است. برنامه‌های آموزش عمومی می‌تواند تا حدی مفید باشد (۵۶). پرداختن به شک و تردید نسبت به واکسن کووید-۱۹ مستلزم درک دلایل اساسی و بکارگیری رویکرد مداخله‌ای سیستمی متشکل از انگیزه‌های اقتصادی، مداخلات رفتاری و اطمینان از ایمنی واکسن‌ها است. راهکارهای مختلفی برای تشویق افراد به واکسیناسیون وجود

دارد اما مطالعه‌ای که به صورت جامع به آن بپردازد وجود ندارد. با توجه به اهمیت واکسیناسیون در برابر بیماری کرونا به عنوان بهترین راه حل موجود، اکنون چالش این است که این واکسن‌ها با چه میزان قیمتی در اختیار مردم سراسر جهان قرار داده شود. مهم این است که مردم در همه کشورها - نه فقط در کشورهای ثروتمند - از حمایت لازم برخوردار شوند. در کشورهایی که از نظر دسترسی به واکسن دچار مشکل نیستند، باید راهکارهایی را جهت ارتقاء میزان واکسیناسیون سراسری جمعیت ارائه داد. با توجه به ضرورت تسریع واکسیناسیون و رسیدن به ایمنی گروهی لازم است هر چه سریع‌تر راهکارهای لازم دیده شده و به اجرا در بیاید. علاوه بر این برنامه‌ریزی جهت افزایش آگاهی و ارتقای باورهای مردم این کشورها نسبت به مزایای واکسیناسیون توسط سیاست‌گذاران می‌تواند در بهبود پذیرش واکسیناسیون مؤثر باشد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی تجربه‌ی میزان تمایل به پرداخت افراد به دریافت واکسن کووید-۱۹ انجام شد.

- Huang, C.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Zhao, J.; Hu, Y.; Zhang, L.; Fan, G.; Xu, J.; Gu, X.; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* **2020**, *395*, 497–506.
- Yang, Y.; Peng, F.; Wang, R.; Guan, K.; Jiang, T.; Xu, G.; Sun, J.; Chang, C. The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *J. Autoimmun.* **2020**, *109*, 102434.
- Imai, N.; Gaythorpe, K.A.; Abbott, S.; Bhatia, S.; Van Elsland, S.; Prem, K.; Liu, Y.; Ferguson, N.M. Adoption and impact of non-pharmaceutical interventions for COVID-19. *Wellcome Open Res.* **2020**, *5*, 59.
- Miller, I.F.; Becker, A.D.; Grenfell, B.T.; Metcalf, C.J.E. Disease and healthcare burden of COVID-19 in the United States. *Nat. Med.* **2020**, *26*, 1212–1217.
- Sarun Charumilind, M.C.; Lamb, J.; Sabow, A.; Wilson, M. When Will the COVID-19 Pandemic End? McKinsey & Company: New York, NY, USA, 2021.
- 2020-21, C. Report 9—Impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand. Available online: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/> (accessed on 12 March 2021).
- Fong, M.W.; Gao, H.; Wong, J.Y.; Xiao, J.; Shiu, E.Y.; Ryu, S.; Cowling, B.J. Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Social Distancing Measures. *Emerg. Infect. Dis.* **2020**, *26*, 976–984.
- Davies, N.G.; Kucharski, A.J.; Eggo, R.M.; Gimma, A.; Edmunds, W.J. Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group. Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 cases, deaths, and demand for hospital services in the UK: A modelling study. *Lancet Public Health* **2020**, *5*, e375–e385.
- Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet.* **2020** Mar 21; *395*(10228):931-4.
- Zhang J, Zeng H, Gu J, Li H, Zheng L, Zou Q. Progress and Prospects on Vaccine Development against SARS-CoV-2. *Vaccines (Basel).* **2020** Mar 29; *8*(2).
- Immunization Financing a Resource Guide for Advocates, Policymakers and Program Managers. Available from: <https://r4d.org/resources/immunization-financing-resource-guide-advocates-policymakers-program-managers/> (accessed On 2020/7/17).
- Nuño, M.; Chowell, G.; Gumel, A. Assessing the role of basic control measures, antivirals and vaccine in curtailing pandemic influenza: Scenarios for the US, UK and the Netherlands. *J. R. Soc. Interface* **2006**, *4*, 505–521.
- Ten Threats to Global Health in 2019. **2019**. Available online: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (accessed on 10 January 2019).
- Larson, H.J.; Jarrett, C.; Schulz, W.S.; Chaudhuri, M.; Zhou, Y.; Dube, E.; Schuster, M.; MacDonald, N.E.; Wilson, R. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine* **2015**, *33*, 4165–4175.
- Lazarus, J.V.; Ratzan, S.; Palayew, A.; Gostin, L.O.; Larson, H.J.; Rabin, K.; Kimball, S.; El-Mohandes, A. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat. Med.* **2020**, *1–4*.
- Mokhber Alsafa L, Forqani S, Hagheghe S, Afkhamnia M. Satisfaction and attitude of farmers in industrial farms regarding Brucellosis Sharbon and Tab barfaki produced by Razi Institute (2014 - 2015). *Journal of Veterinary Research and Biological Products (Research and Construction)* **2017**; *2*: 119 - 127. Doi: 0.22034/vj.2017.109229.
- Nick H, Shogren Jason F and Ben W. *Environmental Economics in Theory and Practice*. 2th Edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007. 8. Yulan L, Zheng L, Fei H, Huilin Ch, Xi L, Gregory D,

- et al. HPV vaccination intent and willingness to pay for 2 – 4, and 9 – valent HPV vaccines: A study of adult women aged 27 – 45 years in China. *Journal of Vaccine* 2020; 38: 3021 – 3030. Doi: 10.1016/j.vaccine.2020.2.042.
18. Lusk JL, Hudson D. Willingness-to-pay estimates and their relevance to agribusiness decision making. *Rev Agric Econ* 2004; 26:152–69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9353.2004.00168.x>.
 19. Ughasoro MD, Esangbedo DO, Tagbo BN, Mejeha IC. Acceptability and willingness-to-pay for a hypothetical ebola.virus vaccine in Nigeria. *PLoS Negl Trop Dis* 2015; 9:1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003838>
 20. Cropper ML, Haile M, Lampietti J, Poulos C, Whittington D. The demand for a malaria vaccine: Evidence from Ethiopia. *J Dev Econ* 2004; 75:303–18. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2003.02.006>.
 21. Godói IP, Sarmiento TT, Reis EA, Gargano LP, Godman B, Acurcio FD, Alvares-Teodoro J, AA GJ, Ruas CM. Acceptability and willingness to pay for a hypothetical vaccine against SARS CoV-2 by the Brazilian consumer: a cross-sectional study and the implications. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2021 May 17.
 22. Han K, Francis MR, Zhang R, Wang Q, Xia A, Lu L, Yang B, Hou Z. Confidence, acceptance and willingness to pay for the COVID-19 vaccine among migrants in Shanghai, China: a cross-sectional study. *Vaccines*. 2021 May;9(5):443.
 23. Nguyen LH, Hoang MT, Nguyen LD, Ninh LT, Nguyen HT, Nguyen AD, Vu LG, Vu GT, Doan LP, Latkin CA, Tran BX. Acceptance and willingness to pay for COVID-19 vaccines among pregnant women in Vietnam. *Tropical Medicine & International Health*. 2021 Oct;26(10):1303-13.
 24. Catma S, Varol S. Willingness to pay for a hypothetical COVID-19 vaccine in the United States: A contingent valuation approach. *Vaccines*. 2021 Apr;9(4):318.
 25. Qin W, Wang E, Ni Z. Chinese consumers' willingness to get a COVID-19 vaccine and willingness to pay for it. *Plos one*. 2021 May 4;16(5):e0250112.
 26. Arshad MS, Hussain I, Mahmood T, Hayat K, Majeed A, Imran I, Saeed H, Iqbal MO, Uzair M, Ashraf W, Usman A. A National Survey to Assess the COVID-19 Vaccine-Related Conspiracy Beliefs, Acceptability, Preference, and willingness to pay among the general population of Pakistan. *Vaccines*. 2021 Jul;9(7):720.
 27. Adeli OA. Estimating willingness to pay for the Covid-19 vaccine using the conditional valuation method. *Payesh (Health Monitor)*. 2021:0-.
 28. García LY, Cerda AA. Contingent assessment of the COVID-19 vaccine. *Vaccine*. 2020 Jul 22;38(34):5424-9.
 29. Berghea F, Berghea CE, Abobului M, Vlad VM. Willingness to pay for a for a potential vaccine against SARS-CoV-2/COVID-19 among adult persons.
 30. Lin Y, Hu Z, Zhao Q, Alias H, Danaee M, Wong LP. Understanding COVID-19 vaccine demand and hesitancy: A nationwide online survey in China. *PLoS neglected tropical diseases*. 2020 Dec 17;14(12): e0008961.
 31. Banik, R., Islam, M., Pranta, M.U.R., Rahman, Q.M., Rahman, M., Pradhan, S., Driscoll, R.,

- Hossain, S. and Sikder, M., 2021. Understanding the determinants of COVID-19 vaccination intention and willingness to pay: findings from a population-based survey in Bangladesh. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), pp.1-15.
32. Zhang Y, Luo X, Ma ZF. Willingness of the general population to accept and pay for COVID-19 vaccination during the early stages of COVID-19 pandemic: a nationally representative survey in mainland China. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2021 Jun 3;17(6):1622-7.
 33. Zhang Y, Luo X, Ma ZF. Willingness of the general population to accept and pay for COVID-19 vaccination during the early stages of COVID-19 pandemic: a nationally representative survey in mainland China. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2021 Jun 3;17(6):1622-7.
 34. Vo NX, Nguyen TT, Van Nguyen P, Tran QV, Vo TQ. Using contingent valuation method to estimate adults' willingness to pay for a future coronavirus 2019 vaccination. *Value in health regional issues*. 2021 May 1; 24:240-6.
 35. Karam MM, Baki JA, Al-Hajje A, Sraj M, Awada S, Salameh P, Ajrouche R. Willingness to Pay for a Coronavirus Vaccine and Its Associated Determinants in Lebanon. *Value in health regional issues*. 2022 Jul 1; 30:18-25.
 36. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2020 Sep 1;16(9):2204-14.
 37. Cerda AA, García LY. Willingness to pay for a COVID-19 vaccine. *Applied health economics and health policy*. 2021 May;19(3):343-51.
 38. Caple A, Dimaano A, Sagolili MM, Uy AA, Aguirre PM, Alano DL, Camaya GS, Ciriaco BJ, Clavo PJ, Cuyugan D, Fermo CF. Interrogating COVID-19 vaccine hesitancy in the Philippines with a nationwide open-access online survey. *medRxiv*. 2021 Jan 1.
 39. Das U, Rathore U, Pal R. On willingness to pay for Covid-19 vaccines: a case study from India. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2021 Oct 24:1-0.
 40. Catma S, Reindl D. Parents' willingness to pay for a COVID-19 vaccine for themselves and their children in the United States. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021 Sep 2;17(9):2919-25.
 41. Carpio CE, Sarašty O, Hudson D, Macharia A, Shibia M. The demand for a COVID-19 vaccine in Kenya. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021 Oct 3;17(10):3463-71.
 42. Harapan H, Wagner AL, Yufika A, Winardi W, Anwar S, Gan AK, Setiawan AM, Rajamoorthy Y, Sofyan H, Vo TQ, Hadisoemarto PF. Willingness-to-pay for a COVID-19 vaccine and its associated determinants in Indonesia. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2020 Dec 1;16(12):3074-80.
 43. Dong D, Xu RH, Wong EL, Hung CT, Feng D, Feng Z, Yeoh EK, Wong SY. Public preference for COVID-19 vaccines in China: A discrete choice experiment. *Health Expectations*. 2020 Dec;23(6):1543-78.
 44. Borriello A, Master D, Pellegrini A, Rose JM. Preferences for a COVID-19 vaccine in

- Australia. *Vaccine*. 2021 Jan 15;39(3):473-9.
45. Leng A, Maitland E, Wang S, Nicholas S, Liu R, Wang J. Individual preferences for COVID-19 vaccination in China. *Vaccine*. 2021 Jan 8;39(2):247-54.
46. Sarašty O, Carpio CE, Hudson D, Guerrero-Ochoa PA, Borja I. The demand for a COVID-19 vaccine in Ecuador. *Vaccine*. 2020 Dec 3;38(51):8090-8.
47. Adigwe OP. COVID-19 vaccine hesitancy and willingness to pay: Emergent factors from a cross-sectional study in Nigeria. *Vaccine: X*. 2021 Dec 1;9:100112.
48. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Published online at OurWorldInDataorg Retrieved from: 'https://ourworldindataorg/coronavirus' [Online Resource]. 2020
49. Storlie CB, Pollock BD, Rojas RL, Demuth GO, Johnson PW, Wilson PM, et al., editors. Quantifying the Importance of COVID-19 Vaccination to Our Future Outlook. *Mayo Clinic Proceedings* :2021 ;Elsevier.
50. Machingaidze S, Wiysonge CS. Understanding COVID 19-vaccine hesitancy. *Nature Medicine*. :91338 (8)27 ;2021
51. COVID C, Force RVT. Building Confidence in COVID ۱۹-Vaccines Among Your Patients. 2021
52. Burki T. Vaccine misinformation and social media. *The Lancet Digital Health*:(6)1;2019. e258-e9.
53. Viswanath K, Bekalu M, Dhawan D, Pinnamaneni R, Lang J, McLoud R. Individual and social determinants of COVID 19-vaccine uptake. *BMC public health* 2021 .Apr.818:(1)21;28
54. Davis R. COVID 19-Vaccine hesitancy, delay, and refusal :Insufficient knowledge ,complacency, and distrust of the medical system .*Review of Contemporary Philosophy*.139-50:(20)2021 .
55. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ. Strategies for addressing vaccine hesitancy—A systematic review. *Vaccine*2015 . Aug.4180-90:(34)33;14
56. Taylor S, Landry CA, Paluszczek MM, Groenewoud R, Rachor GS, Asmundson GJ. A proactive approach for managing COVID :19-the importance of understanding the motivational roots of vaccination hesitancy for SARS-CoV2. *Frontiers in psychology* 2020 .Oct.11:575950;19

Willingness to Pay a COVID-19 Vaccine: A review Study

Z. Abdoli¹, F. Moghddasi², S. P.A. Beik³, A. Ojaghi⁴, A. Mirzaei^{5*}

Abstract

Background and Objective: The transition from the global epidemic of Corona; Gaining a new experience on a wide and unprecedented scale in the last few centuries in global health made possible the public vaccination of this disease. Examining and analyzing the process of acceptance of vaccination by people will be one of the very important principles in the future research of similar epidemic disease management, policy making and planning in future epidemics.

Methods and Materials: The current research is a review-narrative study that was conducted between December 2019 and January 2022. The English language databases Scopus, EMBASE, Google Scholar and Persian SID databases were used to search for the required information. The search strategy was implemented using related keywords and related operators. In addition, criteria were defined for the entry and exit of studies into the research. Finally, to extract information related to studies, forms based on standard indicators were compiled and used.

Results: After checking the databases, a total of 17100 articles were retrieved in the databases, after checking the title and abstract of the articles in the screening phase and removing the articles with no thematic connection, finally, the full text of 27 articles, were included in the study based on the inclusion criteria. The findings of this research showed that the average amount of willingness to pay was higher in high and middle income countries, also there is a direct and significant relationship between people's willingness to pay for vaccination and the increase in monthly income.

Conclusion: In global epidemics, planning to make vaccines free for low-income people in the society and donating free vaccines to low-income countries, by global organizations in charge of health, can be among the suggested solutions for to streamline vaccination programs. In addition, planning to increase awareness and promote the beliefs of the people of these countries regarding the benefits of vaccination by policy makers and the use of health belief models can be effective in improving the acceptance of vaccination in people.

Keywords: Willingness to pay, Vaccination, Covid-19, Supply and demand

1. Ph.D. Student, Department of Health Services Management, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Ph.D. Student, Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Ph.D., Applied Mathematics, National Center for Medical Education Assessment, Deputy of Education, Ministry of Health and Education, Tehran, Iran.
4. MSc. Student, Media Management of Payam Noor University, Tehran, Iran
- 5*. Corresponding Author: Associate Prof., Department of Health Services Management, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. amacademic@yahoo.com

رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با میانجیگری سلامت معنوی: مدل‌یابی معادلات ساختاری

علی محمد ملاصادقی^۱، سارا حیدری^۲، سیدعلیرضا افشانی^۳، خدیجه نصیریانی^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مسائلی که دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با آن مواجه هستند رفتارهای قلدرانه است که می‌تواند عواقب ناخوشایندی بر رضایت از زندگی داشته باشد؛ از طرفی وجود سلامت معنوی می‌تواند بر کاهش رفتارهای قلدری و ارتقای کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. هدف این مطالعه تعیین رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با میانجیگری سلامت معنوی است.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-همبستگی بر روی ۱۱۸ دانشجوی پرستاری صورت گرفت. پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، رفتارهای قلدری در دانشجویان پرستاری، رضایت از زندگی، سلامت معنوی تکمیل شد و داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS ۲۶ و AMOS ۲۴ برای مدل‌یابی معادلات ساختاری و آزمون سوپل برای بررسی اثر میانجی تحلیل شد. **یافته‌ها:** میزان قلدری تجربه شده ۶۱٪ بود. بین رضایت از زندگی و سلامت معنوی، رابطه مثبت و معنی‌دار ($P < 0/01$) مشاهده شد. بین متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی، رابطه منفی و معنی‌دار ($P < 0/01$) وجود داشت. متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی در مجموع ۴۶٪ از واریانس متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را تبیین می‌کند. **نتیجه‌گیری:** دانشجویان پرستاری اغلب در محیط کارآموزی مورد قلدری قرار می‌گیرند. بنابراین با توجه به اینکه سلامت معنوی، رابطه بین رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را میانجی‌گری می‌کند، ارتقای سلامت معنوی می‌تواند همراه با کاهش تجربه رفتارهای قلدرانه باشد.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی، رضایت از زندگی، رفتارهای قلدرانه، دانشجویان پرستاری، محیط بالینی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. am.mollasadeghi@gmail.com

۲. استادیار آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. s.heydari.287@gmail.com

۳. استاد تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. arafshani@yahoo.com

*۴. نویسنده مسئول: استاد پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. nasiriani@gmail.com

مقدمه

یادگیری دانشجویان پرستاری در محیط آموزش بالینی به عنوان یک جزء اساسی برنامه آموزشی است (۱). تعامل مؤثر و پویای دانشجویان با اعضای تیم مراقبت سلامتی، مربیان، محیط‌های بالینی و عناصر آن منجر به تکامل حرفه‌ای دانشجویان می‌شود (۲). یکی از مسائلی که دانشجویان با ورود به مرحله کار بالینی در محیط‌های بالینی با آن مواجه هستند رفتارهای قلدری است. اصطلاح قلدری، دربرگیرنده تهمت، اهانت، ترساندن، بدخواهی و رفتار توهین‌آمیزی است که باعث ناراحتی، تهدید، تحقیر، کاهش عزت‌نفس و در نهایت فشار روانی می‌شود (۳). قلدری در بیمارستان‌ها و محیط‌های آموزشی از جمله عوامل تهدیدکننده سلامت روان پرستاران و دانشجویان پرستاری است و عواقب ناخوشایندی به همراه دارد (۴،۵). عواقب قلدری در محیط مراقبت‌های بهداشتی متعدد و شامل سرخوردگی، خشم، ترس و صدمه‌های عاطفی است. همچنین احساس ناتوانی، کاهش روحیه و افزایش اشتباهات و علائم مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه از عواقب ناشی از قلدری در دانشجویان پرستاری است (۵). از سوی دیگر ترک تحصیل و افت تحصیلی دانشجویان پرستاری از پیامدهای قابل انتظار است (۶). افزایش آگاهی و درک قلدری به عنوان یک مشکل بهداشتی می‌تواند نقش مهمی در شناسایی افراد درگیر در قلدری داشته باشد و به آن‌ها کمک کند تا روابط سالم برقرار کنند (۷). بنابراین شناسایی فراوانی و نوع قلدری در محیط‌های کاری ضرورت دارد (۸).

رضایت از زندگی، یکی از عوامل پیشاینده مفهوم قلدری است (۹). رضایت از زندگی به عنوان بعد اصلی رفاه ذهنی و همچنین شاخص کلیدی سلامت روان محسوب می‌شود (۱۰). رضایت از زندگی بازتاب تعادل میان آرزوهای یک فرد و وضعیت فعلی اوست و هرچه این وضعیت متعادل‌تر باشد، میزان رضایت از زندگی نیز بالاتر خواهد بود (۱۱، ۱۲). رضایت

از زندگی، توانایی فرد را برای عملکرد بهتر در زندگی و ایفای نقش‌های اجتماعی افزایش می‌دهد و این مؤلفه باعث افزایش عواطف مثبت مثل شادکامی، امید و کاهش عواطف منفی مانند استرس، اضطراب، افسردگی می‌شود (۱۱). بر اساس مطالعات، ارتباط نزدیکی بین سلامت و رضایت از زندگی وجود دارد، به همین دلیل بررسی این مؤلفه در سیستم‌های مراقبت بهداشتی بسیار با اهمیت است (۱۳). رضایت از زندگی برای دانشجویان پرستاری بسیار مهم است، زیرا مانع احساس تنهایی، اضطراب، استرس و افسردگی در آنان خواهد شد (۱۴). از آنجا که دانشجویان پرستاری در آینده عهده‌دار تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه خواهند بود، باید از سلامت روانی و خوداتکایی کافی برخوردار باشند تا بتوانند نقش خود را به عنوان یک نیروی تحصیل‌کرده و متخصص به‌خوبی ایفا کنند (۱۵). در این بین شناخت مشکلات و تنش‌های روحی دانشجویان پرستاری به دلیل اهمیت شغلی آن‌ها و سروکار داشتن با جسم و روان انسان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۶).

سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت در کنار سایر ابعاد سلامت مثل جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است (۱۷). سلامت معنوی رابطه خوب فرد با معبود و احساس هماهنگی بین خویشتن، خدا و زندگی است و سبب رسیدن به کمال در زندگی می‌شود (۱۸). سلامت معنوی به عنوان حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود و حتی دیگران و نیرویی ماورایی تعریف شده است (۱۹). معنویت و به ویژه سلامت معنوی از موضوعات مهم در حرفه‌های بهداشتی - درمانی است که باعث می‌شود افراد با آرامش بیشتری در محیط کار حاضر شده و در نتیجه مداخلات درمانی خود را به نحو بهتری ارائه نمایند (۲۰). از آنجایی که معنویت جزء ضروری سلامت و بهزیستی است (۲۱)، دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آینده، نقش مهمی در سلامت معنوی و جسمی

مددجویان ایفا می‌کنند. توجه به سلامت عمومی و سلامت معنوی آنها که اغلب با مددجویانی سر و کار دارند که نیازمند حمایت قوی هستند، ضروری است (۲۲). شناسایی عواملی که بتواند به تضمین و ارتقای سلامت معنوی دانشجویان کمک کند، راهنمای پرورش و تربیت پرستاران مثبت‌نگر، خوش‌بین و برخوردار از احساس معناداری و هدفمندی است (۲۳).

محیط‌های بالینی و دانشگاهی نیاز به همکاری برای ایجاد ساختاری دارند که دانشجویان بتوانند تجارب خود را از قلدری گزارش کنند (۲۴) و مقابله با قلدری باید در برنامه‌ی درسی پرستاری قرار گیرد (۲۵). از آنجایی که پرستاری یکی از مشاغل حساس جامعه به حساب می‌آید و پرستاران و دانشجویان پرستاری ارتباط نزدیکی با بیماران دارند، لازم است مدرسان و مدیران پرستاری در جهت بهبود رضایت از زندگی، ارتقای سلامت معنوی، ریشه‌یابی و رفع رفتارهای قلدرانه در بین دانشجویان پرستاری، گام بردارند. بنابراین با توجه به خلأ مطالعاتی، این پژوهش با هدف مدل‌یابی ساختاری رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با میانجیگری سلامت معنوی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است که به رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با میانجیگری سلامت معنوی پرداخته است. جامعه پژوهش را تمام دانشجویان پرستاری دانشکده‌های پرستاری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۱ که محیط بالینی را تجربه نموده‌اند، تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، خطای مجاز برآورد ۵ صدم و حداکثر واریانس، طبق جدول مورگان ۱۱۸ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن ۵٪ ریزش، ۱۲۵ نفر نمونه به

صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه: اشتغال به تحصیل در رشته پرستاری، حداقل حضور دو ترم در محیط بالینی و کارآموزی، رضایت به شرکت در تحقیق بود و معیار خروج دانشجویانی بودند که مرخصی تحصیلی داشتند. معیارهای ریزش: منصرف شدن از شرکت در مطالعه پس از تحویل گرفتن پرسشنامه و پرسشنامه‌های ناکامل یا مخدوش بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشتمل بر چهار قسمت بود: بخش اول مشخصات فردی: شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، ترم تحصیلی، محل سکونت، معدل کل و تحصیلات والدین است. بخش دوم پرسشنامه رفتارهای قلدری بود که توسط کلارک و همکاران در سال ۲۰۰۹ برای بررسی رفتارهای قلدری در دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی تهیه شد. این پرسشنامه ۱۵ سؤال در مورد رفتارهای زورگویی از قبیل: ترسانده شد با اقدامات انضباطی، تهدید به کم کردن نمره، انتقاد ناعادلانه، آزار و اذیت کلامی، تحقیر شدن، انتقاد مخرب و ... دارد که گزینه‌های پاسخ در هر سؤال شامل: توسط کارکنان، توسط مربی بالینی، توسط همکلاسی، توسط پزشک، توسط بیمار/خانواده بیمار، توسط سایر کارکنان بیمارستان بود و بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای هرگز (نمره صفر)، گاهی (نمره یک)، مکرراً (نمره دو)، همیشه (نمره سه) نمره‌دهی صورت می‌گرفت. نمره بالاتر بیانگر مواجهه با رفتارهای قلدری بیشتر است. روایی و پایایی آن توسط برخورداری و همکاران (۱۴۰۰) با نسبت روایی محتوایی ۰.۸۳، شاخص روایی محتوایی ۰/۹۱ و پایایی همسانی درونی در کل ابزار برابر با ۰.۸۳ گزارش شد و به عنوان ابزار روا و پایا معرفی شد (۲۶). قابل ذکر است که در این مطالعه مجدداً آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن ۰.۸۲ بود. بخش سوم مقیاس رضایت از زندگی بود که توسط داینر و همکاران^۱ (۱۹۸۹)

تکمیل، شرح داده شد تا به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل نمایند. زمان پیش‌بینی شده برای تکمیل پرسشنامه‌ها، بیست دقیقه بود.

این مطالعه با کد IR.SSU.REC.1401.043 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مورد تأیید قرار گرفته و همچنین پرسشنامه‌ها با کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ محرمانگی اطلاعات تکمیل شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۶ و با استفاده آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون) انجام شد. با استفاده از آزمون چولگی و کشیدگی، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی و تأیید شد. ضریب اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین از نرم‌افزار AMOS ۲۴ برای مدلیابی معادلات ساختاری و از آزمون سوپل برای بررسی اثر میانجی استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۵ پرسشنامه بین دانشجویان پرستاری کارشناسی پیوسته توزیع شد که آنالیز داده‌ها بر روی ۱۱۸ پرسشنامه انجام شد. ۵ پرسشنامه برگردانده نشد و ۲ پرسشنامه ناقص تکمیل شده بود. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان $22/73 \pm 1/53$ بود. اکثریت شرکت‌کنندگان (۶۸/۶٪) زن، (۸۴/۷٪) مجرد، (۴۵/۸٪) دانشجوی ترم ۸، (۵۲/۵٪) نیز در جایی خارج از خوابگاه سکونت داشته‌اند. بیشترین فراوانی تحصیلات پدر و مادر به ترتیب (۴۰/۷٪) و (۴۳/۲٪) دیپلم بوده است.

بر اساس یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی، $75/47 \pm 16/33$ و رضایت از زندگی در شرکت‌کنندگان، $20/33 \pm 7/72$ بوده است (جدول شماره یک).

طراحی شد. پرکاربردترین ابزار برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی است. مقیاس مذکور ابزاری ۵ گویه‌ای است که برای اندازه‌گیری قضاوت شناختی و کلی فرد از رضایت از زندگی است. نمره‌گذاری مقیاس رضایت از زندگی به صورت طیف لیکرت هفت امتیازی است که نمره یک برابر با کاملاً مخالف، نمره دو برابر با مخالف، نمره سه برابر با تقریباً مخالف، نمره چهار برابر با نه مخالف نه موافق، نمره پنج برابر با تقریباً موافق، نمره شش برابر با موافق، نمره هفت برابر با کاملاً موافق است. امتیاز کلی این مقیاس با جمع پاسخ‌ها محاسبه شده و دامنه آن بین ۵ تا ۳۵ است. امتیاز بالاتر شاخص سطح رضایتمندی بیشتر از زندگی است. ضریب همبستگی آزمون مجدد با فاصله زمانی دو ماه برای نسخه انگلیسی ۰/۸۲ به دست آمده است (۲۷). نادری و اسماعیلی ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی این مقیاس را ۰/۸۰ بیان کردند (۲۸). بخش چهارم پرسشنامه سلامت معنوی بود که توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ معرفی شد. این پرسشنامه جهت مشخص شدن درک افراد از احساس سلامت معنوی براساس زبان مذهبی و یا زبان غیرمذهبی تدوین شود که حاوی ۲۰ سوال با دو خرده مقیاس سلامت مذهبی (۱۰ سوال) و سلامت وجودی (۱۰ سوال) بود. پاسخ سؤالات به شکل لیکرت ۶ گزینه‌ایست و از محدوده کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته‌بندی شده است. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشانگر سلامت معنوی ضعیف، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ سلامت معنوی متوسط، و نمره بالاتر از ۷۰ بیانگر سلامت معنوی قوی است. فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) پس از ترجمه به فارسی روایی محتوای پرسشنامه را تأیید کردند و پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تأیید شد (۲۹).

جهت تکمیل پرسشنامه با مراجعه به دانشجویان، در مورد اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی توضیح داده شد. دانشجویانی که رضایت به شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده و نحوه

رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه ...

جدول ۱. آماره‌های توصیفی سلامت معنوی و رضایت از زندگی آن در بین دانشجویان پرستاری

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره پرسشنامه	حداقل نمره پرسشنامه
سلامت معنوی	۱۱۸	۷۵/۴۷	۱۶/۳۳	۱۱۷	۳۳
رضایت از زندگی	۱۱۸	۲۰/۳۳	۷/۷۲	۳۵	۵

پزشکان با میانگین و انحراف معیار $۳/۵۰ \pm ۵/۶۸$ بوده است (جدول شماره دو).

دیگر یافته‌ها نشان داد که بین رضایت از زندگی و سلامت معنوی، رابطه مثبت و معنی‌دار ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین بین متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی با رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی، رابطه منفی و معنی‌دار ($P < ۰/۰۱$) مشاهده شد (جدول شماره ۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۷۳ نفر ۶۱٫۹٪ دانشجویان، حداقل یکبار تجربه رفتار قلدری را داشتند و ۶۵ نفر ۵۵٫۱٪ آنها نیز شاهد رفتار قلدری با همکلاسی خود بودند. همچنین دانشجویان پرستاری معتقد بودند بیشترین رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی از سوی پرستاران با میانگین و انحراف معیار $۱۰/۸۳ \pm ۹/۸۲$ و کمترین رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی از سوی

جدول ۲. آماره‌های توصیفی رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی و ابعاد آن

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره پرسشنامه	حداقل نمره پرسشنامه	٪ استاندارد شده
رفتارهای قلدرانه توسط پرستار	۱۱۸	۱۰/۸۳	۹/۸۲	۴۱	۰	۲۴/۰۷
رفتارهای قلدرانه توسط مربی بالینی	۱۱۸	۸/۶۸	۸/۱۱	۴۰	۰	۱۹/۲۹
رفتارهای قلدرانه توسط همکلاسی	۱۱۸	۳/۶۲	۴/۹۵	۲۶	۰	۸/۰۴
رفتارهای قلدرانه توسط پزشک	۱۱۸	۳/۵۰	۵/۶۸	۲۷	۰	۷/۷۸
رفتارهای قلدرانه توسط بیمار/خانواده بیمار	۱۱۸	۴/۶۱	۵/۹۸	۲۵	۰	۱۰/۲۴
رفتارهای قلدرانه توسط سایر کارکنان بیمارستان	۱۱۸	۴/۳۳	۶/۰۴	۲۴	۰	۹/۶۲
رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی	۱۱۸	۳۵/۵۷	۳۱/۰۹	۱۵۴	۰	۱۳/۱۷

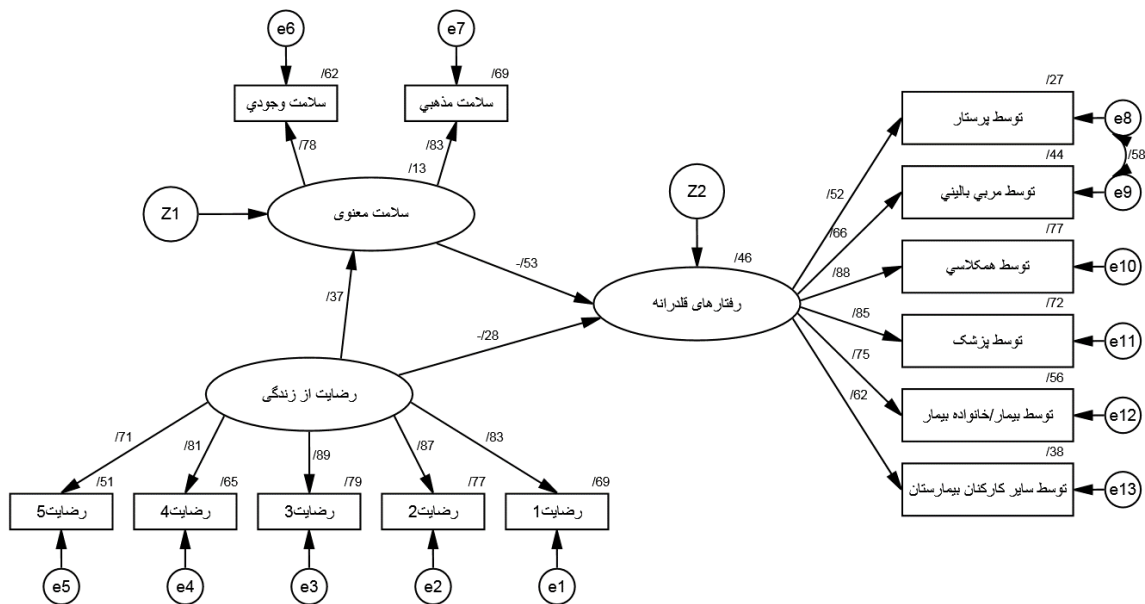
جدول ۳. ماتریس همبستگی بین رضایت از زندگی، سلامت معنوی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی

متغیر	رضایت از زندگی	سلامت معنوی	رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی
رضایت از زندگی	۱		
سلامت معنوی	$۰/۳۱۶^*$	۱	
رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی	$-۰/۴۷۴^*$	$-۰/۵۵۷^*$	۱

هستند (نمودار شماره یک).

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند و برازش داده‌ها با مدل مطابقت دارد. برای محاسبه اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی بر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی از تکنیک خودگردان‌سازی^۱ استفاده شد (جدول شماره ۴)

جهت بررسی فرضیات تحقیق از رویکرد مدل‌سازی معادله ساختاری کوواریانس‌محور استفاده شد. نتایج نشان داد متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی، تأثیر مستقیم و معنی‌داری بر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی دارند. متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی در مجموع ۴۶٪ از واریانس متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را تبیین می‌کنند. بنابراین مشخص می‌شود که پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی



نمودار ۱. مدل عوامل مؤثر بر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی در حالت استاندارد

جدول ۴. برآورد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با استفاده از تکنیک خودگردان‌سازی

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	برآورد			
			مستقیم	غیرمستقیم		
			مقدار	P	مقدار	P
سلامت معنوی	-	سلامت معنوی	۰/۳۶۵	۰/۰۲۳	-	-
رضایت از زندگی	-	رفتارهای قلدرانه	-۰/۲۷۷	۰/۰۳۴	-	-
سلامت معنوی	سلامت معنوی	رفتارهای قلدرانه	-	-	۰/۱۹۳	۰/۰۱۷
سلامت معنوی	-	رفتارهای قلدرانه	-۰/۵۲۹	۰/۰۴۴	-	-

1. Bootstrap

به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$ و $\beta = -0/529$). این رابطه منفی و معنی‌دار است. به عبارت دیگر، هر چه فرد، سلامت معنوی بیشتری داشته باشد رفتارهای قلدرانه کمتری را تجربه کرده است. بنابراین، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه متغیر سلامت معنوی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی تأثیر مستقیم دارد، تأیید می‌شود.

برای محاسبه اثر میانجی، ابتدا باید تأثیر متغیر پیش‌بین (رضایت از زندگی) بر متغیر ملاک (رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی) معنی‌دار باشد که این تأثیر معنی‌دار است. سپس با استفاده از آزمون سوبل، معنی‌داری اثر میانجی اندازه‌گیری شد. با استفاده از سامانه‌های آنلاین، آماره سوبل محاسبه شده است که مقدار به دست آمده $2/52-$ است که از قدرمطلق $1/96$ ، بزرگتر بوده و بر اساس P -Value گزارش شده، در سطح کمتر از $0/05$ معنی‌دار است. بنابراین، فرضیه سلامت معنوی رابطه بین رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را میانجی‌گری می‌کند، تأیید می‌شود (جدول شماره ۵).

جدول ۵. محاسبه اثر میانجی سلامت معنوی بین رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	تأثیر غیرمستقیم	آماره سوبل	نتیجه آزمون فرضیه
رضایت از زندگی	سلامت معنوی	رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی	$0/37 \# -0/53$	$-2/52$	تایید فرضیه

دانشجویان دارای سلامت معنوی مطلوب یا قوی بودند. همراستا با مطالعه حاضر، خداویسی و همکاران (۱۳۹۶) در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان (۲۲)، تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۳۰)، مائد و همکاران (۲۰۱۹) در دانشجویان پرستاری هند (۳۱) سلامت معنوی را مطلوب و بالا گزارش کردند؛ اما،

بر حسب دیگر یافته‌ها می‌توان تحلیل فرضیه‌های تحقیق را بدین‌صورت مطرح کرد که طبق نتایج جدول ۴ و نمودار ۱، اثر مستقیم رضایت از زندگی بر متغیر سلامت معنوی به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$ و $\beta = 0/365$). این رابطه مثبت و معنی‌دار است. به عبارت دیگر هر چه فرد، رضایت از زندگی بیشتری داشته باشد سلامت معنوی بالاتری دارد. بنابراین، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه متغیر رضایت از زندگی بر متغیر سلامت معنوی تأثیر مستقیم دارد، تأیید می‌شود. همچنین اثر مستقیم رضایت از زندگی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$ و $\beta = -0/277$). این رابطه منفی و معنی‌دار است. به عبارت دیگر، هر چه فرد، رضایت از زندگی بیشتری داشته باشد رفتارهای قلدرانه کمتری را تجربه کرده است. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه متغیر رضایت از زندگی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی تأثیر مستقیم دارد، تأیید می‌شود. همچنین اثر مستقیم سلامت معنوی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی

بحث

طبق یافته‌ها، میانگین نمره سلامت معنوی شرکت‌کنندگان ($75/47 \pm 16/33$) بوده است که بر اساس تفسیر پرسشنامه، نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشانگر سلامت معنوی ضعیف، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ سلامت معنوی متوسط، و نمره بالاتر از ۷۰ بیانگر سلامت معنوی قوی است. بنابراین با توجه به میانگین و انحراف معیار،

مطالعه، حداقل یکبار تجربه رفتار قلدری را داشتند و بیش از ۵۵٪ آنها نیز شاهد رفتار قلدری با همکلاسی خود بودند. همراستا با یافته‌ها، بلامی^۴ (۲۰۲۲) می‌نویسند بیش از نیمی از شرکت کنندگان حداقل یک مورد قلدری را در محیط بالینی تجربه کرده‌اند (۳۷). ابوسینا^۵ و عبدالعزیز^۶ (۲۰۲۲) گزارش نمودند تقریباً نیمی از شرکت کنندگان حداقل یک یا چند رفتار قلدری را به صورت روزانه یا هفتگی در دوره تحصیلی پرستاری تجربه کردند (۳۸). آمو^۷ و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند دانشجویان پرستاری اعمال قلدری مانند فریادزدن، گوشه‌گیری، تحقیر و محول شدن وظایف سطح پایین را تجربه کرده‌اند (۳۹). همچین عبدالرحمان (۲۰۱۴) می‌نویسند ۸۷٫۶٪ از دانشجویان پرستاری مصر در معرض رفتارهای قلدری هستند (۴۰). کانگ^۸ (۲۰۱۸) نشان داد بعضی از دانشجویان پرستاری در محیط بالینی حتی خشونت فیزیکی را تجربه کردند (۴۱). عبداللهی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داد ۶۱/۸۵٪ از دانشجویان پرستاری در معرض انواع رفتارهای زوگوپانه قرار گرفته‌اند (۴). در کل شیوع قلدری بین ۹ تا ۹۶٪ متفاوت است. قلدری در دانشجویان پرستاری مشکل مهمی است که تمام عرصه‌های زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴۲). بنابراین به نظر می‌رسد قلدری در آموزش پرستاری قابل توجه است و دانشجویان به ویژه در برابر قلدری توسط مربیان و پرستاران بالینی در محیط بالینی آسیب‌پذیر هستند. قلدری از نظر روانی، فیزیولوژیکی و حرفه‌ای بر دانشجویان تأثیرات مخربی دارد. به خصوص باید توجه داشت وقتی این رفتارها عادی می‌شوند، بخشی از فرهنگ پرستاری می‌شوند و تا مدت‌ها بعد از دانشکده پرستاری ادامه می‌یابد (۴۳). بر

شمسی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان (۳۲)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کاظم‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (۲۰)، هاسیو^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در دانشجویان ارشد پرستاری در تایوان (۳۳) سلامت معنوی را در حد متوسط گزارش نمودند که تفاوت در نتایج مطالعات قبلی را شاید بتوان به تفاوت در محیط پژوهش، افراد مورد مطالعه و استفاده از سایر پرسشنامه‌ها و دهه‌های زندگی نسبت داد.

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی در شرکت‌کنندگان، $20/33 \pm 7/72$ بوده است. با توجه به اینکه دامنه آن بین ۵ تا ۳۵ است. امتیاز بالاتر شاخص سطوح رضایتمندی بیشتر از زندگی است. دانشجویان نمره در حد میانه کسب نمودند که نشان دهنده رضایت از زندگی متوسط در دانشجویان است. همراستا با نتایج مطالعه ماثد^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در دانشجویان پرستاری هند (۳۱)، راماچاندرا^۳ و همکاران (۲۰۱۸) در دانشجویان در مالزی (۳۴)، رحیمی (۲۰۱۴) در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۳۵) رضایت از زندگی در حد متوسط گزارش نمودند؛ اما شمسایی (۱۳۹۸) نشان داد نمره رضایت از زندگی دانشجویان کارشناسی پرستاری مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی همدان بالاتر از مقدار متوسط بود (۳۶). تفاوت نتایج می‌تواند ناشی از گوناگونی در محیط پژوهش، افراد مورد مطالعه و ابزار گردآوری داده‌ها باشد؛ اما آنچه مسلم است نیاز است اقدامات لازم برای ارتقای رضایت از زندگی دانشجویان صورت گیرد.

یافته‌های پژوهش نشان داد بیش از ۶۰٪ افراد مورد

4. Bellamy
5. Abu-Snieneh
6. Abdelaziz
7. Amoo
8. Kang

1. Hasio
2. Mathad
3. Ramachandra

اساس مطالعه حاضر و سایر مطالعات، دانشجویان پرستاری اغلب در محیط بالینی و کارآموزی مورد قلدری قرار می‌گیرند؛ اما شیوع آن در جوامع متفاوت است که خود نیاز به بررسی بیشتر در خصوص عوامل تأثیرگذار بر بروز آن دارد.

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد که بالاترین میانگین و درصد استاندارد شده رفتار قلدرانه به پرسنل پرستاری اختصاص دارد و سپس به ترتیب توسط مربی بالینی، بیمار و خانواده بیمار، سایر کارکنان بیمارستان، همکلاسی بوده است و پایین‌ترین میانگین و درصد استاندارد شده به پزشکان اختصاص دارد. همراستا با یافته‌های مطالعه، دین محمدی و همکاران (۱۳۹۳) می‌نویسند خشونت عمودی به عنوان یکی از یافته‌های مهم مطالعه در دانشجویان پرستاری بود. منشأ این رفتارها عمدتاً پرسنل پرستاری بخش‌ها و مربیان بالینی بودند (۴۶). عبداللهی و همکاران (۱۳۹۹) می‌نویسند بیشترین موارد زورگویی از طرف مربی بالینی، سپس از جانب پرستار و بعد از طرف بیمار و خانواده بوده است (۴). کوپر^۱ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند مربیان دانشکده پرستاری به عنوان شایع‌ترین ایجادکننده سه رفتار از دوازده رفتار قلدری مورد بررسی بودند (۴۴). کلارک^۲ و همکاران (۲۰۱۲) می‌نویسند، دانشجویان پرستاری رفتارهای قلدری را در شدتهای مختلف تجربه می‌کنند و یا شاهدند و مهم‌ترین منبع رفتارهای قلدرانه مربیان بالینی، پرستاران و کارکنان بودند (۴۵). در مطالعه دین محمدی و همکاران (۱۳۹۳) نیز، منشأ خشونت‌ها عمدتاً کارکنان پرستاری بخش‌ها و مربیان بالینی بودند (۴۶). براساس یافته‌های مطالعه حاضر پرستاران، مربیان و بیماران منابع قابل توجه قلدری با دانشجویان پرستاری محسوب می‌شوند که نیاز به برنامه‌ریزی و مدیریت بیشتر محیط بالینی را می‌رساند. براساس دیگر یافته‌ها اثر مستقیم رضایت از زندگی بر متغیر

سلامت معنوی به لحاظ آماری معنادار است و بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی دانشجویان پرستاری رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه فرد، رضایت از زندگی بیشتری داشته باشد سلامت معنوی بالاتری دارد. البته قابل ذکر که این دو متغیر رابطه تنگاتنگ و تأثیرگذار بر یکدیگر دارند بر همین اساس، دیگر مطالعات ارتباط را از هر دو جنبه بررسی کردند. ماثد^۳ و همکاران (۲۰۱۹) گزارش نمودند بین بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری در هند همبستگی معناداری وجود دارد (۳۱). رحیمی (۲۰۱۴) نشان داد متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری با هم رابطه دارند و باورهای مذهبی و سلامت معنوی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی به شمار می‌رود (۳۵). صادقی و همکاران (۱۳۹۷) می‌نویسند بین دینداری و معنا در زندگی با رضایت از زندگی دانشجویان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (۴۷). کوهساری و ماشفی (۱۳۹۴) می‌نویسند رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه را می‌توان از روی تصورشان از خدا پیش‌بینی کرد و دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از رضایت از زندگی بیشتری برخوردار بودند و دانشجویانی که تصور منفی و تعارض‌آمیزی از خدا داشتند رضایت از زندگی کمتری داشتند (۴۸). مایر^۴ و سورزکیویس^۵ (۲۰۲۰) می‌نویسند ارتباط مستقیم معنویت و رضایت از زندگی حاصل شد و یافته‌ها حاکی از نقش مهم معنویت در بهزیستی است (۴۹). الورانی^۶ و الرادیده^۷ (۲۰۱۸) نشان دادند بین بهزیستی معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان دانشگاه اردن رابطه مثبت وجود داشت (۵۰).

3. Mathad

4. Maier

3. Surzykiewicz

6. Alorani

5. Alradaydeh

1. Cooper

2. Clarke

مرتبط بودند و معنویت منجر به کاهش رفتارهای قلدری در فضای مجازی شد (۵۴). بنابر یافته‌ها با توجه به رابطه سلامت معنوی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری لازم است برای ارتقای سلامت معنوی دانشجویان اقدامات لازم صورت گیرد.

براساس دیگر یافته‌ها، سلامت معنوی رابطه بین رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را میانجی‌گری می‌کند. به عبارتی از متغیر مستقل رضایت از زندگی تأثیری می‌پذیرید و بر متغیر وابسته قلدری در دانشجویان پرستاری تأثیر می‌گذارد و متغیرهای رضایت از زندگی و سلامت معنوی، تأثیر مستقیم و معنی‌داری بر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی دارند و این دو متغیر در مجموع ۴۶٪ از واریانس متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی را تبیین می‌کنند. بنابراین پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی هستند. ایفتخار^۴ و همکاران (۲۰۲۰) می‌نویسند قلدری در محل کار در بخش سلامت به طور منفی بر نتایج شغلی تأثیر می‌گذارد؛ زیرا فشار شغلی (استرس شغلی و فشار روانی) را افزایش می‌دهد و رضایت شغلی را کاهش می‌دهد؛ اما معنویت در محل کار به عنوان یک تعدیل‌کننده بین قلدری در محل کار (سنتی و فضای مجازی) و نتایج شغلی عمل می‌کند (۵۵). این یافته‌ها اهمیت معنویت در محل کار را در هنگام مقابله با رفتارهای قلدری نشان داد که خود نشان دهنده اجرای اقدامات مناسب جهت ارتقای سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان است.

نقطه قوت این مطالعه، بهره‌گیری ترکیبی از نرم‌افزارهای «اس پی اس اس» و «اموس» و استفاده از تکنیک خودگردان‌سازی به عنوان تکنیکی قوی و پیچیده برای تحلیل

سلمانی و همکاران (۲۰۱۹) می‌نویسند ضریب همبستگی بین نگرش معنوی و رضایت از زندگی مستقیم و معنی‌دار بود و توصیه نمودند در برنامه‌های دانشگاهی رشد معنویت در زندگی توجه ویژه لازم دارد تا رضایت از زندگی افزایش یابد (۵۱). بنابر یافته‌ها سلامت معنوی و رضایت از زندگی رابطه نزدیکی با هم دارد و توجه به سلامت معنوی دانشجویان در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند موجب ارتقای رضایت از زندگی و سلامتی این قشر مهم شود.

دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد اثر مستقیم رضایت از زندگی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی به لحاظ آماری معنادار است. این رابطه منفی و معنی‌دار است. به عبارت دیگر، هر چه فرد، رضایت از زندگی بیشتری داشته باشد رفتارهای قلدرانه کمتری را تجربه کرده است. در مطالعه رضاپور و همکاران (۲۰۱۹) رضایت از زندگی دانش‌آموزان ایرانی با انواع رفتارهای قلدری رابطه معکوس داشت (۵۲). همچنین اوربول^۱ و همکاران (۲۰۱۹) گزارش نمودند قلدری باعث کاهش رضایت از زندگی در نوجوانان می‌شود (۵۳). بنابراین به نظر می‌رسد رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی با هم رابطه عکس دارند و لازم است در جهت ارتقای رضایت از زندگی اقدامات لازم صورت گیرد.

دیگر یافته‌ها نشان داد، اثر مستقیم سلامت معنوی بر متغیر رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی به لحاظ آماری معنادار است این رابطه منفی و معنی‌دار است. به عبارت دیگر، هر چه فرد، سلامت معنوی بیشتری داشته باشد، رفتارهای قلدرانه کمتری را تجربه کرده است. طبق پژوهش روهیت^۲ و موهیت^۳ (۲۰۱۸) بهزیستی معنوی و وجودی هر دو به طور منفی با قلدری و قربانی شدن سایبری در دانشجویان

1. Oriol

2. Rohit

3. Mohit

4. Iftikhar

رابطه رضایت از زندگی با رفتارهای قلدرانه ...

اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها است؛ اما این مطالعه با محدودیتهای چندی روبه رو بوده است. طراحی این مطالعه می‌تواند یک محدودیت باشد؛ زیرا به توصیف روابط می‌پردازد و استنتاج روابط علت و معلولی را نمی‌توان از آن داشت. همچنین، با توجه به اینکه ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه به صورت خود گزارش‌دهی بود شرایط روحی و روانی دانشجویان پرستاران می‌تواند بر چگونگی پاسخ به سؤالات تأثیر بگذارد که از اختیار پژوهشگر خارج بود. از دیگر محدودیتها این بود که همه شرکت کنندگان از دانشکده‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انتخاب شده بودند که در یک شهر مذهبی واقع شده است و هر چند نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه برای حوزه آموزش پرستاری در یک بافت مذهبی مرتبط و ارزشمند است؛ اما لازم است در سایر بافتهای فرهنگی اجتماعی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

دانشجویان پرستاری اغلب در محیط کارآموزی مورد قلدری قرار می‌گیرند. بنابراین با توجه به اینکه سلامت معنوی رابطه بین رضایت از زندگی و رفتارهای قلدرانه با دانشجویان پرستاری در محیطهای بالینی را میانجی‌گری می‌کند، ارتقای سلامت معنوی می‌تواند همراه با کاهش تجربه رفتارهای قلدرانه و ارتقای رضایت از زندگی باشد. همچنین به منظور واکنش مناسب به قلدری در دانشجویان پرستاری برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتهای ارتباطی، مدیریت خشم، نحوه برخورد با

شرایط تنش‌زا و دشوار و غیره توصیه می‌شود. این مباحث لازم است در سرفصل درسی یا دوره‌های فوق برنامه، به خصوص قبل از ورود به عرصه‌های بالینی برای دانشجویان پرستاری گنجانده شود. همچنین برنامه‌ریزان آموزش پرستاری باید از مربیان توانمند و دارای رفتار و ارتباط حرفه‌ای در آموزش دانشجویان استفاده نمایند و رویه‌های مشخص به منظور گزارش بروز رفتارهای قلدری برای دانشجویان ایجاد، پیش و کنترل شود. با توجه به اینکه، یافته‌های مطالعه حاضر وجود جو قلدری را در عرصه‌های بالینی نشان می‌دهد، ضروری است مدیران پرستاری با همکاری مراکز و مسئولین آموزش بالینی، شرایط و فضای مناسب را که مانع بروز قلدری می‌شود فراهم نمایند و بدین ترتیب ترک حرفه پرستاری کاهش خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه آقای محمدعلی ملاصادقی دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری مراقبت ویژه در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به شماره ۱۵۸۲۶ است. نویسندگان قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی یزد بخاطر حمایت مادی و معنوی اعلام می‌دارند. همچنین از تمام دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان عدم تعارض منافع خود را اعلام می‌دارند.

1. Salmani N, Amirian H. Comparison between nursing students and trainers viewpoints about clinical education environment in Islamic Azad University of Yazd, in the year 2006. *Strides Dev Med Educ.* 2006;3:11-8.[Persian]
2. Hallett N, Gayton A, Dickenson R, Frankel M, Dickens G. Student nurses' experiences of workplace violence: A mixed methods systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today.* 2023;105845.
3. Gholipour A, Bod M, Fakheri Kozekanan S, Baghestani Barzaki H. Perceived Organizational Bullying Relationship With Women's Stress. *Refahj.*2009;9(34):187-205. [Persian]
4. Abdollahi Z, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K, Fallahzadeh H. Investigation of bullying behaviors in clinical settings from the nursing students' views. *Iranian Journal of Medical Education.* 2020;20(1):91-102. [Persian]
5. Clarke C. The effects of bullying behaviours on student nurses in the clinical setting. 2009.. *Electronic Theses and Dissertations.* 372.
6. Shojaee F, Abolhassan R, Ebrahimi S, Ghadimi N, Mousavi S. Nursing students' happiness status. *Iranian Journal of Medical Education.* 2011;11(2):161-2. [Persian]
7. Lamb J, Pepler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician.* 2009;55(4):356-60.
8. Salimi H, Mehralitabr Firozjaie A, Najarpourian S, Ziaaddini Z. Investigation of Bullying and Harassment in the Workplace Using the Psychometric Properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) in Nurses. *Qom Univ Med Sci J.* 2019;12(11):60-9. [Persian]
9. Diener E, Oishi S, Lucas REJArop. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. 2003;54(1):403-25.
10. Pavot W, Diener EJTjopp. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. 2008;3(2):137-52.
11. Ashoori J. The Relationship Emotional Intelligence, Coping Strategies and Life Satisfaction with Mental Health in Nursing Students. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences.* 2016;2(2):31-7. [Persian]
12. Aghaei A, Khayyamnekouei Z, Yousefy AJP-S, Sciences B. General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. 2013;84:569-73. [Persian]
13. Niknamy M, Namjoo A, Baghaee M, Atrkar Roshan Z. Survey the relationship between life satisfaction and health behaviors in elderly people referring to active retire mental centers. 2010;19(73):46-54. [Persian]
14. Tsai F-J, Chen C-Y, Yeh G-L, Hu Y-J, Tseng C-C, Chen S-CJM. Nursing students' relationships among meaning in life, well-being, and positive beliefs: a cross-sectional survey study. 2018;97. 42)):e12914.
15. Soltani N. General Health Status of Nursing Students in AJA University of Medical Sciences. *MCS* 2016; 2 (4) :191-196. [Persian]
16. Jo M-J. The factors related to happiness among



- nursing students. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education. 2016;22(2):182-90.
17. Milan M, Nasimi F, Hafizi I, Ghorbanzadeh M, Hosseini Y. Association of Spiritual Health and Quality of Life in the Hemodialysis Patients Admitted in Shahid Motahari Hospital in Jahrom, Iran (2016). Iran Journal of Nursing. 2018;31(113):42-51. [Persian]
 18. Khalifi T, Seyedfatemi N, Mardani - Hamooleh M, Haghani H. The Effect of Spiritual Education on Spiritual Health of Nursing Students: A Quasi-Experimental study. IJMEHM 2018; 11 :152-164. [Persian]
 19. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. 2003;35(8):1975-91.
 20. Kazemzadeh R, Etebari Asl Z, Jafari I, Agayi S. Correlation between Spiritual Health and Ethical Behavior among Students of Nursing and Midwifery Faculty in Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Health.2022;13(1):60-69. [Persian]
 21. Momennasab M, Shadfard Z, Jaber A, Najafi SS, Hosseini FN. The Effect of Group Reflection on Nursing Students' Spiritual Well-being and Attitude Toward Spiritual Care: a randomized controlled trial. Investigación y Educación en Enfermería. 2019;37(1):80-9. [Persian]
 22. khodaveisi M, Baiat M, Amini R, Roshanaei Q. The corollation on general health and Spiritual health of nursing students in University of Hamedan Medical Sciences in 2016. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2017;25(3):29-36. [Persian]
 23. Seylani K, Shahhoseini A, Rahimibashar F, Vahedian-Azimi A, Goharani R. Designing the Spiritual Health Relationship Model with the Educational and Well-being Components of Master's nursing Students in Critical Care: A Mixed Study. Journal of Nursing Education. 2019;8(3):112-. [Persian]
 24. Bowllan NM. Nursing students' experience of bullying: Prevalence, impact, and interventions. Nurse Educator. 2015;40(4):194-8.
 25. Celdrán-Navarro MDC, Leal-Coستا C, Suárez-Cortés M, Molina-Rodríguez A, Jiménez-Ruiz I. Nursing interventions against bullying: a systematic review. International journal of environmental research and public health. 2023;20(4):2914.
 26. Barkhordari-Sharifabad M, Abdollahi Z, Nasiriani K. The Relationship between Bullying in the Clinical Setting and Self-Esteem and Coping Strategies Used by Nursing Students. Research in Medical Education. 2021;13(4):45-54. [Persian]
 27. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin SJJopa. The satisfaction with life scale. 1985;49(1):71-5.
 28. Naderi F, Esmaeli E. The association Between Death Anxiety, Suicide ideation and wellbeing in Ahvaz I.A.U Students. Journal of Social Psychology. 2009; 2(8):35-52. [Persian]
 29. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh 2006;5(4):295-304. [Persian]
 30. Taghizadeganzadeh M, Z.Shadfard, Montaseri MA, Zahedinia F, Karami Z, Pishgar Z.

- Spiritual Health in Nurses, Nursing Faculties, and Nursing Students of Jahrom University of Medical Sciences, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2020;33(126):16-27. [Persian]
31. Mathad MD, Rajesh SK, Pradhan B. Spiritual Well-Being and Its Relationship with Mindfulness, Self-Compassion and Satisfaction with Life in Baccalaureate Nursing Students: A Correlation Study. *Journal of Religion and Health*. 2019;58(2):554-65.
 32. Shamsizadeh M, Oshvandi K, alipor K, Moamer S, Maghsoudi Z. The Relationship Between Spiritual Health and Moral Sensitivity in Nursing Students of Hamadan University of Medical Sciences, 2017. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2020;28(2):75-82. [Persian]
 33. Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Lee H-C, Chen S-H. The effects of a spiritual learning program on improving spiritual health and clinical practice stress among nursing students. *Journal of nursing research*. 2012;20(4):281-90.
 34. Ramachandran K, Hamsan H, Mohd Khir A. Emotional intelligence and life satisfaction among students in Klang valley Malaysia. *International Journal of Modern Trends in Social Sciences*. 2018;1(4):28-37.
 35. Rahimi H. The relationship between religious attitudes and spiritual health with life satisfaction in nursing students of Kashan University of medical sciences introduction. 2014;1(2):9-18. [Persian]
 36. Shamsaei F. The relationship between self-efficacy with life satisfaction in undergraduate nursing students at Hamadan Nursing and Midwifery Faculty. *Journal of Nursing Education*. 2020;8(6):34-40. [Persian]
 37. Bellamy, Kihley. Nursing Students, Bullying, and Burnout: A study on bullying by medical staff members against nursing students in the clinical setting and its relation to nursing student burnout. 2022. Undergraduate Honors Theses. Paper 726. <https://dc.etsu.edu/honors/726>.
 38. Abdelaziz EM, Abu-Snieneh HM. The impact of bullying on the mental health and academic achievement of nursing students. *Perspectives in psychiatric care*. 2022;58(2):623-34.
 39. Amoo SA, Menlah A, Garti I, Appiah EO. Bullying in the clinical setting: Lived experiences of nursing students in the Central Region of Ghana. 2021;16(9):e0257620.
 40. Abd El Rahman RM. Perception of student nurses' bullying behaviors and coping strategies used in clinical settings. *Nursingrepository*;2014. 1-21.
 41. Kang J. Interventions for coping with bullying need further investigation and should be built into nursing curricula. *Evid Based Nurs*. 2018;21(3):70.
 42. Fernández-Gutiérrez L, Mošteiro-Díaz MP. Bullying in nursing students: A integrative literature review. *International journal of mental health nursing*. 2021;30(4):821-33.
 43. Alberts HL. Addressing bullying and incivility in clinical nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*. 2022.
 44. Cooper JR, Walker J, Askew R, Robinson JC, McNair M. Students' perceptions of bullying behaviours by nursing faculty. *Issues in Educational Research*. 2011;21(1):1-21.

45. Clarke CM, Kane DJ, Rajacich DL, Lafreniere KD. Bullying in undergraduate clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2012;51(5):269-76.
46. Dinmohammadi M, Peyrovi H, Mehrdad N. Undergraduate Student Nurses' Experiences in Clinical Environment: Vertical Violence. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(90):83-93. [Persian]
47. Sadeghi, M, Imeni, F, Bavazin F. Students' Satisfaction of life: Prediction based on religiosity, Meaning in Life and Cognitive Flexibility. *women s studies (Sociological & Psychological)*. 2018;16(4):195-222. [Persian]
48. Kuhsar AAH, Kashefi T. Prediction of life satisfaction based on perception of God in medical sciences students. *Journal of Psychological Sciences*. 2015;14(53):110.
49. Dankulincova Veselska Z, Jirasek I, Veselsky P, Jiraskova M, Plevova I, Tavel P, et al. Spirituality but not Religiosity Is Associated with Better Health and Higher Life Satisfaction among Adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(12):2781.
50. Alorani OI, Alradaydeh MtF. Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2018;23(3):291-8.
51. Salmani S, Biderafsh A, Aliakbarzadeh Arani Z. The Relationship Between Spiritual Development and Life Satisfaction Among Students of Qom University of Medical Sciences. *Journal of Religion and Health*. 2020;59(4):1889-96. [Persian]
52. Rezapour M, Khanjani N, Soori H. The Types of Bullying Behaviors and Its Association with General Life Satisfaction and Self-Rated Health among Iranian Pupils. *Journal of research in health sciences*. 2019;19(1):e00436. [Persian]
53. Oriol X, Miranda R, Amutio A. Correlates of Bullying Victimization and Sexual Harassment: Implications for Life Satisfaction in Late Adolescents. *The Journal of School Nursing*. 2019;37(3):202-208.
54. Yadav M, Yadav R, health. Impact of spirituality/religiousness on cyber bullying and victimization in university students: Mediating effect of emotional intelligence. 2018;57(5):1961-79.
55. Iftikhar M, Waheed Z, Yousafzai SK, Qureshi MI. Traditional bullying and cyber bullying: Prevalence, effects and workplace spirituality as an anti-bullying policy. *International Journal of Management (IJM)*. 2020;11(11):2165-86.



The Relationship between Life Satisfaction and Bullying Behaviors with Nursing Students in Clinical Settings by Spiritual Health Mediator: Structural Equation Modeling

Ali Mohammad Molasadeghi¹, Sara Heydari², Seyyed Alireza Afshani³, Khadijeh Nasiriani^{4*}

Abstract

Background and Objective: One of the issues that nursing students face in clinical environments is bullying behaviors. The bullying behaviors can have unpleasant consequences on life satisfaction. On the other hand, the spiritual health can be effective by reducing bullying behaviors and improving the quality of life. This study was conducted with the aim of determining the relationship between life satisfactions and bullying behaviors with nursing students in clinical environments with the mediation of spiritual health.

Methods and Materials: This research is a correlational study. One hundred and eight nursing students were studied. The questionnaires were completed consist of demographic information form, bullying behaviors in nursing students tool; satisfaction with life, and spiritual health. Data were analysed by SPSS 26 and AMOS 24 software for structural equation modeling and the Sobel test to check the effect.

Results: A positive and significant relationship ($P < 0.01$) was observed between life satisfaction and spiritual health. Also, a negative and significant relationship ($P < 0.01$) was observed between the variables of life satisfaction and spiritual health with bullying behaviors of nursing students in clinical settings. The variables of satisfaction with life and spiritual health predicted 46% of the variance of bullying behaviors with nursing students in clinical settings.

Conclusion: Nursing students are often bullied in the internship environment. Therefore considering that spiritual health mediated the relationship between life satisfactions and bullying behaviors with nursing students in clinical settings, improving spiritual health can have effects on reducing the experience of bullying behaviors and increasing life satisfaction.

Keywords: Spiritual Health, Life Satisfaction, Bullying Behaviors, Student, Nursing, Clinical Environment

1. MSc. Student, Research Center for Nursing and Midwifery care, Non-Communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. am.mollasadeghi@gmail.com
2. Assistant Prof. Medical Education, Education Development Center, Medical Education and Development Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. s.heydari.287@gmail.com
3. Prof. Cooperation and Social Welfare, Yazd University, Yazd, Iran. arafshani@yahoo.com
- 4*. Corresponding Author, Prof. Nursing, Spiritual Health Research Center, Nursing and Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. nasiriani@gmail.com

ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا

سمیرا لقمان استرکی^{۱*}، امین حکیم^۲

چکیده

زمینه و هدف: ویروس کووید-۱۹ تأثیرات انکارناپذیری بر صنعت گردشگری کشور داشته است و گردشگری پزشکی نیز از این موضوع مستثنی نبوده است. لذا پژوهش حاضر با هدف اصلی ارائه الگوی راهبردی برای توسعه گردشگری پزشکی ایران با تاکید بر دوران پسا کرونا انجام شد. الگویی که به بررسی این صنعت از زوایای مختلف می‌پردازد و راهبردها و سیاست‌هایی را برای دوران پسا کرونا ارائه می‌کند.

روش بررسی: پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی- توسعه‌ای است و از نظر ماهیت و روش، تحقیق توصیفی از نوع مطالعه موردی است و برای انجام مطالعه موردی از روش کیفی استفاده شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌های تحقیق مصاحبه است و انتخاب مشارکت‌کنندگان پژوهش با استفاده از روش غیر تصادفی هدفمند و در ادامه با روش گلوله برفی انجام شده است. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل محتوای جهت‌دار استفاده شده است.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده، قابلیت‌های اصلی توسعه گردشگری پزشکی کشور شامل کیفیت خدمات، سیستم درمانی پیشرفته، هزینه، جاذبه‌های گردشگری و قابلیت‌های اجتماعی می‌باشد. همچنین، موانع اصلی این الگو شامل موانع بین‌الملل، موانع ساختاری، امور بیمه و بانکی، موانع ارتباطی و موانع اطلاعاتی شناسایی شد. راهبردهای این الگو شامل توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک، بازاریابی و تبلیغات، سیاست‌گذاری و مدیریتی، راهبردهای قانونی، راهبرد توسعه دهکده‌های مدرن سلامت، آموزش و زنجیره تامین گردشگری پزشکی می‌باشد. در ادامه، نتایج و پیامدهای این مدل، شامل پیامدهای اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و ارتقای کیفیت زندگی شناسایی گردید و در نهایت الگوی نهایی ارائه شد. نتیجه‌گیری: انتظار می‌رود الگوی ارائه شده در این پژوهش بتواند نقشه راه مناسبی برای سیاست‌گذاران و متولیان حوزه گردشگری پزشکی کشور در راستای اتخاذ سیاست‌ها و راهبردهای مناسب جهت توسعه این صنعت در دوران پسا کرونا باشد.

کلمات کلیدی: گردشگری پزشکی، سیاست‌های توسعه گردشگری پزشکی، دوران پسا کرونا، تحلیل محتوای جهت‌دار

۱. نویسنده مسئول. دکترای تخصصی مدیریت سیستم، دانشکده حسابداری و مدیریت، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران s.loghmane@starki@gmail.com

۲. دکترای تخصصی مدیریت، استادیار گروه مدیریت، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران hakim@ut.ac.ir

مقدمه

صنعت گردشگری رشد بیشتری به نسبت سایر صنایع در حال رشد جهان داشته است (۱،۲) و گردشگری سلامت به‌عنوان شکل جدیدی از صنعت گردشگری، به یکی از کسب و کارهای بین‌المللی با سریع‌ترین رشد اقتصادی در کشورهای در حال توسعه تبدیل شده است (۳). گردشگری پزشکی یکی از شاخه‌های اصلی گردشگری سلامت محسوب می‌شود (۴) دربرگیرنده فعالیت‌های بیمار برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی خارج از منطقه‌ای که افراد معمولاً تحت درمان قرار می‌گیرند، می‌باشد (۵) و فواید اقتصادی-اجتماعی فراوانی را به همراه دارد (۶). با تسهیل سفر بخاطر فرایند جهانی شدن (۷،۸) گردشگری پزشکی در دو دهه اخیر رشد قابل توجهی داشته است (۹،۱۰). بر اساس مطالعات متعدد، دلایل اصلی این توسعه شامل ارائه مراقبت‌های پزشکی باکیفیت و ارزان (۱۱) افزایش لیست انتظار در کشورهای پیشرفته (۱۲-۱۵)، افزایش نرخ ارز بین‌المللی، توسعه اینترنت و شبکه‌های ارتباطی (۱۶-۱۸) و فناوری‌ها و تجهیزات مدرن متناسب با خدمات نوین سلامت (۱۹) می‌باشد.

با وجود اینکه بحران کووید-۱۹، تأثیرات منفی زیادی (۲۰) بر گردشگری پزشکی همچون کاهش سفرهای بین‌المللی، تقاضای گردشگری و وضعیت مهمان‌پذیری گذاشته (۲۱) و اثرات جبران‌ناپذیری بر صنعت گردشگری سلامت ایران (۲۲) داشته ولی از سوی دیگر، فرصت مناسبی را برای ایجاد زیرساخت‌های لازم برای دوران پساکرونا از قبیل سایت اینترنتی مناسب، شکل‌دهی کلینیک‌های مجازی، توسعه بیش از پیش دورا پزشکی در امور تشخیصی و غیره فراهم آورده است (۲۳). شاید تنها نکته مثبت بحران کرونا، در دوران پساکرونا برای متولیان این صنعت باشد تا با بازنگری اساسی در سیاست‌ها و تجدید ساختار، قابلیت‌های خوبی در این حوزه ایجاد کنند (۲۴). این صنعت در سطح خرد و کلان تحت تأثیر کووید-۱۹ دگرگونی‌هایی داشته است که در سیاست‌گذاری‌های حوزه گردشگری سلامت در دوران پساکرونا باید مد نظر قرار گیرد (۲۵). لذا فعالان و پژوهشگران این حوزه باید

به بازبینی سیاست‌ها و راهبردهای این صنعت بپردازند و بتوانند به چارچوبی عملی و اجرایی برای احیای دوباره این صنعت و رفع موانع موجود در آن دست یابند.

در دوران پساکرونا، تغییر نگرش‌های بنیادی در زمینه صنعت گردشگری سلامت در جهان در حال وقوع است. با توجه به اینکه کشور ایران علیرغم پتانسیل‌ها و قابلیت‌های زیاد در صنعت گردشگری پزشکی (۲۸-۲۶)، سهم ناچیزی از درآمدهای این صنعت دارد (۲۹،۳۰) و با عنایت به اینکه این صنعت در کشور ما در مراحل ابتدایی توسعه قرار دارد، بهتر و شاید سریعتر از سایر کشورهای پیشرفته بتواند خود را با تغییر نگرش‌ها همراه سازد و این چشم‌انداز تنها در صورت ارائه راهبردهایی منسجم و آینده‌نگر قابل تحقق می‌باشد. به همین منظور لازم است الگویی راهبردی ارائه شود که به تمام ابعاد توسعه گردشگری پزشکی در کشور توجه داشته باشد. بنابراین، در این پژوهش درصدد هستیم تا با مطالعه عمیق و روش‌مند ادبیات نظری و تحلیل کیفی انجام شده، الگویی راهبردی برای توسعه گردشگری پزشکی ایران در دوران پساکرونا ارائه کنیم. لازم به ذکر است، راهبردهای ارائه شده در این پژوهش به سیاست‌گذاران و متولیان این حوزه جهت توسعه این صنعت نه تنها در ایران بلکه در کل جهان کمک خواهد کرد.

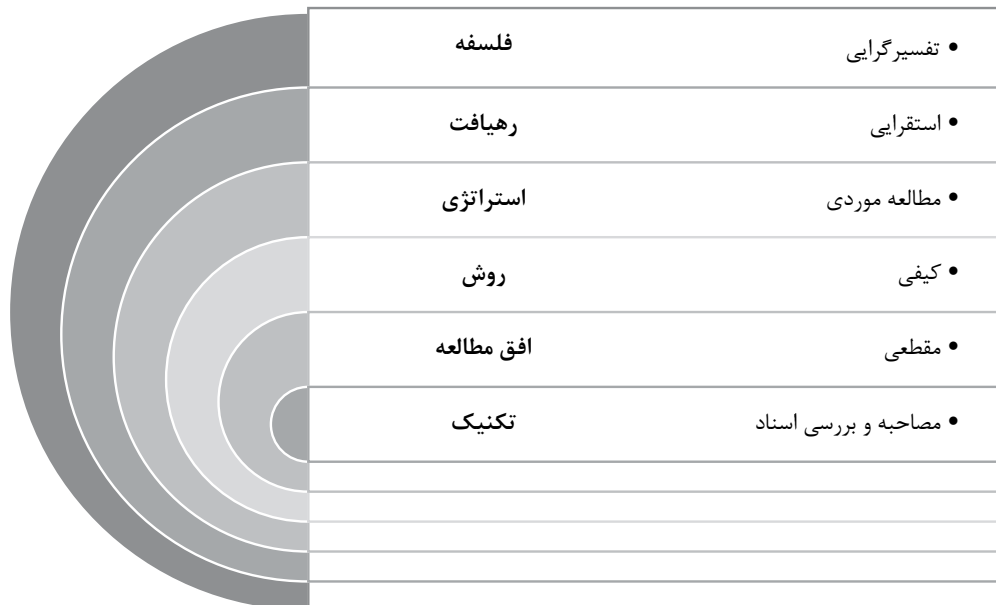
روش بررسی

این پژوهش از حیث هدف کاربردی- توسعه‌ای است و در زمره تحقیقات کیفی قرار می‌گیرد. در ادامه با استفاده از مدل لایه‌ای پژوهش به تبیین لایه‌پژوهش از فلسفه تا تکنیک مورد استفاده پرداخته شده است (۳۱). مزیت استفاده از این مدل، ارائه یک شناخت منسجم و پیوسته از پژوهش صورت گرفته است. همان‌طور که شکل ۱، نشان می‌دهد فلسفه پژوهش حاضر تفسیرگرایی و رهیافت آن استقرایی است. استراتژی پژوهش مطالعه موردی و روش تحقیق، کیفی است. افق مطالعه مقطعی بوده و تکنیک مطالعه مصاحبه و بررسی اسناد است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای

ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا

گرفت که متوسط زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه بوده است. توصیف جمعیت‌شناسی نمونه‌های مورد نظر در ۱ آورده شده است. برای بررسی صحت و تایید روایی مصاحبه‌ها از چهار معیار اعتبار، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تایید پذیری لینکلن و کوبا استفاده شد (۲۳). برای سنجش پایایی ابزار پژوهش حاضر از ضریب کاپای کوهن استفاده گردید.

جهت دار استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خبرگان، کارشناسان و متصدیان صنعت گردشگری پزشکی ایران می‌باشد؛ روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند همراه با روش گلوله برفی است و نمونه‌گیری تا زمانی ادامه دارد که به اشباع نظری دست یابد. در این پژوهش، تعداد ده مصاحبه صورت



شکل ۱. مدل فرایند پژوهش حاضر

جدول ۱. مشخصات خبرگان مصاحبه‌شونده

حوزه فعالیت	سوابق	ردیف
دبیر کل انجمن خدمات بین‌المللی گردشگری سلامت ایران	اجرایی	P1
دبیر شورای راهبری گردشگری سلامت ایران	اجرایی	P2
عضو ارشد اداره همکاری‌های اقتصادی امور بین‌المللی وزارت بهداشت	اجرایی	P3
ریاست انجمن خدمات بین‌المللی گردشگری سلامت ایران	اجرایی	P4
عضو شورای سیاست‌گذاری گردشگری سلامت ایران	اجرایی	P5
عضو ارشد مرکز پژوهش‌های مجلس	اجرایی و پژوهشی	P6
رئیس اداره گذرنامه و روادید وزارت خارجه	اجرایی	P7
رئیس اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت	اجرایی	P8
عضو ارشد سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری	اجرایی و آموزشی	P9
ریاست شرکت گردشگری سلامت	اجرایی و آموزشی	P10

به بررسی و کدگذاری مصاحبه‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها پرداخته شده است. در این راستا، هر یک از جملات مصاحبه (نکات کلیدی)، به صورت یک به یک مورد بررسی قرار گرفته و سپس کدهای اولیه از این مصاحبه‌ها استخراج شدند. بر مبنای این روش نشانگرهایی برای این فرایند تعریف شده است. به طور مثال A12 نشان‌دهنده کد (۱۲) در مصاحبه با فرد اول (A) است. جدول ۲، نمونه‌ای از استخراج کدهای اولیه از مصاحبه‌ها را نشان می‌دهد.

در ادامه به منظور ساخت مفاهیم و دسته‌بندی کدهایی که از نظر مفهوم اشتراک دارند، ابتدا هر یک از سوالات پژوهش مطرح شده و سپس کدهایی که از نظر مفهومی دارای اشتراک بودند حول یک محور جمع شدند.

بر این اساس، کدهای استخراج شده و داده‌های مربوط در اختیار دو محقق دیگر (دو خبره در حوزه گردشگری پزشکی) قرار گرفت و کدگذاری مجدداً انجام پذیرفت. مقدار شاخص کاپای به دست آمده از آزمون کاپا در نرم افزار SPSS برابر است با ۰/۶۹۷۵ (بالتر از ۰/۶۰) می‌باشد که در سطح توافق معتبر قرار گرفته است. لذا با توجه به آزمون (۰/۶۹۷۵) و عدد معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌توان ادعا نمود که ابزار مورد استفاده برای استخراج کدها از پایایی معتبر برخوردار است.

یافته‌ها

پس از آنکه اطلاعات و داده‌های لازم گردآوری، استخراج و طبقه بندی شدند، با استفاده از تحلیل محتوای جهت‌دار،

جدول ۲. نمونه‌ای از استخراج کدهای اولیه از مصاحبه‌ها

نکات کلیدی	کدگذاری اولیه	نشانگر
باید در بحث بیمه خوب عمل کنیم چون در این صورت بخشی از دغدغه بیمار برطرف می‌شود	بسته‌های بیمه	PA12
فرق زیادی بین گردشگران پزشکی و گردشگران معمولی وجود دارد و خیلی از مردم هنوز این را نمی‌دانند که باید آموزش ببینند	آموزش گردشگری پزشکی به مردم	PA23

وجود مراکز درمانی مدرن بین‌المللی، تجهیزات پزشکی پیشرفته، حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی) و کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان، پرستاران و وجود متخصصین مجرب، قابل اعتماد و مشهور و نیز خدمات گردشگری در زمینه‌های مختلف می‌باشد. به علاوه، ایران دارای سیستم درمانی جامع شامل درمان‌های پزشکی متنوع -در حوزه‌های مختلف قلب، جراحی‌های زیبایی و غیره- روش‌ها و فرایندهای متنوع پزشکی و جراحی و طب مکمل که دربرگیرنده طب سنتی و درمان‌های طبیعی است، می‌باشد. از دیگر قابلیت‌های این حوزه می‌توان به ارزان بودن هزینه‌های خدمات پزشکی در کشور نسبت به سایر کشورها، قیمت مناسب خدمات گردشگری مانند اقامت، حمل و نقل، خرید و پایین بودن تعرفه خدمات درمانی-پزشکی که به دلیل کاهش

سؤال اول: قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پساکرونا چیست؟

به منظور شناسایی قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی در کشور، مصاحبه متعددی انجام گرفت و در نهایت پس از سه مرحله کدگذاری، مشخص شد که قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی در کشور چیست؟ نظر متخصصان به صورت خلاصه شده در جدول ۳، نمایش داده شده است.

بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، یکی از قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی در کشور، کیفیت خدمات درمانی و گردشگری است. کیفیت خدمات به عنوان ادراک گردشگران پزشکی از عملکرد خدمات ارائه شده توسط افراد و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی و گردشگری شکل می‌گیرد که شامل کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی (مانند

ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا

دیگر جاذبه‌های گردشگری ایران محسوب می‌شود. از لحاظ اجتماعی، ایران دارای مردمی مهمان‌نواز و مهربان است که به قومیت و نژادهای مختلف احترام گذاشته و همواره شیوه برخورد مناسبی با گردشگران داشته؛ ضمن اینکه کلیه ادیان و مذاهب آسمانی در کشور به رسمیت شناخته می‌شود و دارای امنیت اجتماعی زیادی برای عموم و گردشگران می‌باشد.

ارزش ریال ایران نسبت به سایر نرخ‌های ارز منجر به کاهش قیمت تمام شده خدمات برای گردشگران پزشکی می‌شود، اشاره کرد. همچنین، ایران دارای جاذبه‌های طبیعی زیادی هم‌چون آب و هوای چهار فصل، وجود مناطق آزاد و... است. همچنین اماکن دیدنی و تاریخی متعدد در شهرهای مختلف، اماکن مقدس مذهبی و وجود امکانات خوب رفاهی - اقامتی از

جدول ۳. قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی ایران از نظر متخصصان

مفهوم اصلی	مفهوم فرعی	مقوله
کیفیت خدمات درمانی و گردشگری	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی کیفیت خدمات پزشکان و متخصصان و پرستاران کیفیت خدمات گردشگری درمان‌های پزشکی متنوع تنوع روش‌ها و فرایندهای پزشکی و جراحی طب مکمل هزینه‌های درمانی هزینه‌های گردشگری تعرفه خدمات مرتبط با درمان و گردشگری جاذبه‌های طبیعی جاذبه‌های تاریخی امکانات تفریحی - رفاهی نحوه برخورد جامعه با گردشگران حفظ حریم شخصی پذیرش رسمی کلیه ادیان و مذاهب	قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی ایران
سیستم درمانی جامع		
هزینه		
جاذبه‌های گردشگری		
اجتماعی		

در توسعه گردشگری پزشکی موانع بین‌المللی است. با اینکه پس از توافق برجام انتظار می‌رفت که تحریم‌های بین‌المللی علیه ایران لغو شود و تعاملات جهانی از سر گرفته شود، اما این اتفاق نیفتاد. لذا از نظر بیشتر صاحب‌ه شندگان، یکی از اساسی‌ترین موانع بین‌المللی، تحریم‌های بین‌المللی است. همچنین گفتمان منفی علیه ایران در جامعه جهانی و ارائه تصویری منفی از ایران، عدم ثبات سیاسی برخی از کشورهای همسایه و گسترش تروریسم، تقویت زیرساخت‌های گردشگری پزشکی کشورهای منطقه و رقابت شدید میان این کشورها از دیگر موانع بین‌المللی محسوب می‌شود.

سوال دوم: موانع توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا چیست؟

پاسخ این پرسش نیز از خلال مصاحبه‌های صورت گرفته و چند مرحله کدگذاری و پالایش برای پژوهشگر مشخص شد. استخراج مفاهیم اصلی و فرعی چالش‌های توسعه گردشگری پزشکی در ایران به عنوان سؤال دوم پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. بدون شک، پیشرفت هر کشوری مستلزم تعاملات جهانی و سازنده در تمام عرصه‌ها می‌باشد و گردشگری پزشکی نیز از این قاعده مستثنی نیست. نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده نشان می‌دهد یکی از موانع اصلی

جدول ۴. موانع توسعه گردشگری پزشکی ایران از نظر متخصصان

مقوله	مفهوم اصلی	مفهوم فرعی
موانع توسعه گردشگری پزشکی ایران	بین‌المللی	تحریم‌های بین‌المللی تصویر منفی از ایران در جامعه جهانی گسترش تروریسم
	ساختاری	رقابت شدید با کشورهای منطقه در زمینه گردشگری پزشکی عدم وجود زیرساخت‌های اساسی فقدان وزارت گردشگری قیمت‌های مختلف در مراکز خدماتی
	امور بیمه و بانکی	عدم توجه به گردشگری پزشکی در محتوای آموزشی مدارس و دانشگاه‌ها عدم ارائه بسته‌های بیمه عدم تبادلات مالی بین‌المللی فقدان تسهیلات بانکی ضعف مهارت‌های ارتباطی
	ارتباطاتی	عدم وجود تفاهم‌نامه‌های بین‌المللی عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی عدم دسترسی به اطلاعات پزشکی عدم دسترسی به اطلاعات گردشگری
	اطلاعاتی	

کشور در شرایط فعلی تحریم‌های بانکی بسیار مشکل بوده و دسترسی به سوئیفت بانکی قطع می‌باشد و امکان پرداخت با کارت‌های اعتباری بین‌المللی وجود ندارد.

یکی دیگر از موانع گردشگری پزشکی موانع ارتباطاتی است. موانعی همچون ضعف مهارت‌های ارتباطی که مانع از تعاملات سازنده میان گردشگر پزشکی با کادر درمان می‌شود و اغلب به علت ضعف مهارت‌های زبان خارجی کادر درمان و گردشگری یا فقدان مترجم در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی می‌باشد. همچنین عدم وجود تفاهم‌نامه‌های بین‌المللی از جمله همکاری تبادل بیمار از کشورهای هدف گردشگری پزشکی و عدم وجود استانداردهای بین‌المللی برای تداوم همکاری و ارتباط ضعیف صنعت گردشگری با نهادهای مرتبط از دیگر موانع این حوزه محسوب می‌شود. در نهایت، موانع اطلاعاتی شامل عدم دسترسی به اطلاعات پزشکی (مانند عدم دسترسی بیماران به اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، تجهیزات پزشکی، استانداردهای مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز فعال در گردشگری پزشکی، عدم دسترسی کافی به اطلاعات

عدم وجود زیرساخت‌های کافی همچون زیرساخت‌های درمانی، گردشگری، مالی و زیرساخت‌های عمومی گردشگری و ناهماهنگی بین زیرساخت‌های گردشگری با مراکز درمانی و بیمارستان‌ها از دیگر موانع توسعه گردشگری پزشکی کشور می‌باشد. همچنین فقدان وزارت گردشگری به‌عنوان یک نهاد متولی در این حوزه، قیمت‌های مختلف در مراکز خدماتی (رستوران، حمل و نقل، مغازه‌ها و غیره) و عدم توجه به گردشگری پزشکی در محتوای آموزشی مدارس و دانشگاه‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسی‌های محقق نشان داد از دیگر موانع توسعه این صنعت، امور بیمه و بانکی گردشگران پزشکی می‌باشد. زیرا از طرفی گردشگران پزشکی تمایل دارند خدمات درمانی خود را از بیمارستان‌های کشوری دریافت کنند که با شرکت‌های بیمه بین‌المللی که آن‌ها حق بیمه خود را پرداخته‌اند، طرف قرارداد باشد و هزینه درمان تا حد امکان برای گردشگران کاهش یابد؛ در حالیکه عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه در سرتاسر دنیا با توجه به تحریم‌های موجود امکان‌پذیر نمی‌باشد. از سوی دیگر تبادلات مالی بانکی بین‌المللی در

ارائه الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا

مربوط به پزشکان، متخصصان و پرستاران و مراکز درمانی و غیره) و عدم دسترسی به اطلاعات گردشگری (مانند عدم دسترسی به اطلاعات گردشگری در وب سایت بیمارستان‌ها و مراکز فعال در گردشگری پزشکی، عدم دسترسی و ثبت اطلاعات و شاخص‌های مربوط به آمار گردشگری پزشکی جهت برنامه‌ریزی، وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچه جهت گردشگران پزشکی و غیره) می‌باشد.

سوال سوم: راهبردهای لازم برای توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا چیست؟
 پاسخ این پرسش نیز از خلال مصاحبه‌های صورت گرفته و چند مرحله کدگذاری و پالایش برای پژوهشگر روشن شد. این راهبردها طبق تحلیل‌های صورت گرفته در ۷ بخش دسته بندی شد که در جدول ۵، به صورت مختصر به نتایج به دست آمده اشاره شده است:

جدول ۵. راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی ایران از نظر متخصصان

مفهوم اصلی	مفهوم فرعی	مقوله
توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک	طراحی سامانه یکپارچه و هوشمند گردشگری پزشکی ایجاد و توسعه تورهای مجازی گردشگری پزشکی توسعه وب سایت‌های گردشگری پزشکی ایجاد و توسعه پایگاه‌های اطلاعاتی گردشگری پزشکی برند ملی گردشگری پزشکی بسته متنوع گردشگری پزشکی	
بازاریابی و تبلیغات	تبلیغات از طریق شبکه‌های داخلی و خارجی توسعه شرکت‌های گردشگری پزشکی جهت فعالیت‌های بازاریابی خدمات پس از درمان	
سیاست گذاری و مدیریتی	سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی برنامه جامع و سیستماتیک توسعه گردشگری پزشکی تقویت و هماهنگی نهادهای این بخش تشکیل سازمان متولی گردشگری پزشکی سرمایه گذاری بخش خصوصی گردشگری پزشکی	
راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی ایران	تصوب قوانین ملی و بین‌الملل مرتبط حمایت دولت از توسعه گردشگری پزشکی کنترل و نظارت ایجاد اعتماد در بین گردشگران پزشکی کاربری درمانی کاربری اقامتی کاربری تفریحی	قانونی
دهکده مدرن سلامت	آموزش گردشگری پزشکی به فعالان عرصه گردشگری پزشکی آموزش گردشگری پزشکی به مردم آموزش کادر پزشکی	
توانمندسازی و آموزش	آموزش زبان به منظور ارتباط موثر با گردشگر پزشکی آموزش رفتار حرفه‌ای به خدمت دهنندگان حوزه گردشگری پزشکی ارتقا زیرساخت‌های درمانی ارتقا زیرساخت‌های اقامتی ارتقا زیر ساخت حمل و نقل ارتقا ساختار خدمات گردشگری ارتقا سیستم اداری	
زنجیره تامین گردشگری پزشکی		

نشان می‌دهد راهبردهای سیاست‌گذاری و مدیریتی که شامل سیاست‌ها و تمهیدات مدیریتی، لزوم برنامه جامع و سیستماتیک و تجمیع توانمندی‌های کشور در خصوص گردشگری پزشکی و دنبال نمودن برنامه‌های کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت در این حوزه، ایجاد نهاد بین بخشی متولی و سیاست‌گذار در زمینه گردشگری پزشکی و هماهنگی بین بخش‌های مختلف درگیر در این بخش، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب و کار گردشگری پزشکی و ایجاد تسهیلات و حمایت لازم برای جذب سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی می‌باشد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. راهبرد بعدی، راهبردهای قانونی است که در آن ویژگی‌های قانونگذاری و نظارتی و حمایتی وجود دارد و ماهیت قانونی و بخشنامه‌ای دارد و شامل تصویب قوانین مرتبط ملی و بین‌المللی در جهت توسعه گردشگری پزشکی در بین نهادهای کشور از طریق توسعه قوانین، حمایت دولت از گردشگری پزشکی، کنترل و نظارت دولت و ایجاد اعتماد در بین گردشگران پزشکی می‌شود. همچنین، تلاش برای ایجاد محیط‌هایی همچون دهکده‌های مدرن سلامت با کاربری درمانی، اقامتی و تفریحی به دلیل پتانسیل بالای چنین مراکزی در فراهم آوردن سطح بالای آسایش فیزیکی و روانی گردشگران زمینه جذب درآمد و رونق توسعه گردشگری پزشکی را به همراه دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد یکی دیگر از راهبردهای اساسی در توسعه گردشگری پزشکی آموزش می‌باشد که شامل آموزش گردشگری پزشکی به فعالان در عرصه گردشگری پزشکی است که این افراد باید نسبت به چرخه و فرایند گردشگری پزشکی به صورت تخصصی مطالبی را اکتساب نمایند. از طرفی یک پای ثابت گردشگری پزشکی مردم و شهروندان به عنوان میزبانان عمومی هستند که باید آموزش‌های لازم از طریق رسانه‌های مختلف به آن‌ها داده شود. همچنین پزشکان نیز باید اطلاعات و دانش خود را در استفاده از فناوری‌ها و متدهای روز دنیا به‌روز نمایند که

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته، یکی از اساسی‌ترین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی در کشور، توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک با تمرکز بر دوران پسا کرونا است، در این راستا باید طراحی سامانه‌های یکپارچه و هوشمند گردشگری پزشکی در کشور، توسعه تورهای مجازی گردشگری پزشکی، راه اندازی و توسعه وب سایت‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی گردشگری پزشکی توسط نهادهای متولی مدنظر قرار گیرد. همچنین، بازاریابی و تبلیغات برای جذب مخاطبان و گردشگران پزشکی در خلال صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان به کرات مطرح گردید. یکی از مباحث مطرح شده در این حوزه، توسعه یک نام تجاری یا برند ملی برای گردشگری پزشکی مشابه کاری که در هندوستان یا ترکیه در حال انجام است، می‌باشد. تاکنون هیچ برندسازی با ماهیت برند گردشگری پزشکی ایران انجام نشده است. لذا، ایران با وجود متخصصین مجرب، مشهور و تنوع خدمات تخصصی و فوق تخصصی در اکثر حوزه‌ها و تجهیزات پزشکی پیشرفته به عنوان یک مقصد گردشگری پزشکی در جهان محسوب نمی‌شود. برند ملی زمینه‌ساز بازاریابی، معرفی بهتر و نیز ارائه کوتاه‌ترین راه برای معرفی پتانسیل‌ها و قابلیت‌های کشور در حوزه گردشگری پزشکی است، در نتیجه برندسازی گردشگری پزشکی ایران می‌تواند در توسعه و جذب گردشگر پزشکی موثر واقع شود. همچنین، طراحی و تدوین راهبرد بازاریابی منسجم و موثر در گردشگری پزشکی ایران در سطح خرد و کلان نظیر ارائه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت، استفاده از رسانه‌های داخلی و خارجی برای تبلیغ این قابلیت‌ها، توسعه شرکت‌های گردشگری پزشکی جهت فعالیت‌های بازاریابی اهمیت دارد. در نهایت، حوزه خدمات پس از درمان به عنوان آخرین مفهوم فرعی شناسایی شد که در آن این اطمینان در گردشگر پزشکی ایجاد می‌شود که ارائه خدمات پایان راه نیست و تعهد خدمت دهندگان تا کسب کامل سلامتی گردشگر پزشکی برقرار خواهد بود. نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده

این سطح از آموزش نیز نیازمند آموزش‌های تخصصی سطح بالاست. شیوه برقراری ارتباط مؤثر با گردشگر پزشکی و توانایی و مهارت‌های زبانی نیز از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. گردشگر پزشکی باید بتواند با زبان خود یا زبان‌های بین‌المللی مانند انگلیسی و فرانسه، به خوبی با کلیه افراد در زنجیره ایجاد ارزش گردشگری پزشکی ارتباط برقرار کنند. همچنین شیوه رفتار این افراد نیز باید با گردشگر پزشکی متناسب و محترمانه بوده و باید خاطره خوبی از رفتار در ذهن گردشگر پزشکی باقی بماند تا بتوان از مزایای بهره‌گیری از خدمات درمانی مجدد، تبلیغات دهان به دهان و ... استفاده کرد. همچنین، از محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته مشخص شد که گردشگری پزشکی در کشور دارای زنجیره تأمین است که از بخش‌های مختلفی تشکیل شده است. لذا هر یک از بخش‌های این زنجیره باید ارتقاء یابد تا بتواند کل زنجیره تأمین را ارتقاء دهد. نخست زیرساخت خدمات درمانی باید ارتقاء یابد که این بخش خدمت دهنده اصلی زنجیره گردشگری پزشکی در کشور است و شامل تقویت و بهبود تجهیزات مورد استفاده و ساختار رسیدگی به بیماران است که برای رسیدن به سطح بین‌الملل مورد انتظار برای جذب کشور، این بخش باید توسعه یابد. از سوی دیگر، گردشگر پزشکی نیازمند اقامت است و خدمات اقامتی مناسبی باید برای وی فراهم شود. وضعیت اقامت و اسکان گردشگران در کشور مناسب نیست و باید در این زمینه هم اصلاحات توسعه صورت گیرد. سیستم حمل و نقل کشور اعم از سیستم هوایی، ریلی و زمینی دارای نواقص متعددی است که باید بهبود یابد. همچنین، توسعه ناوگان حمل و نقل بین شهری و داخلی یکی از مهم‌ترین زمینه‌هایی است که باید برای افزایش راحتی و رفاه مسافران و گردشگران پزشکی مدنظر مسئولان قرار گیرد. سیستم خدمات گردشگری کشور شامل آژانس‌ها و شرکت‌های خدمات باید اعتبارسنجی شده و ساختار آن‌ها اصلاح شود. در نهایت، ارتقا سیستم اداری گردشگری پزشکی یا اصلاحات

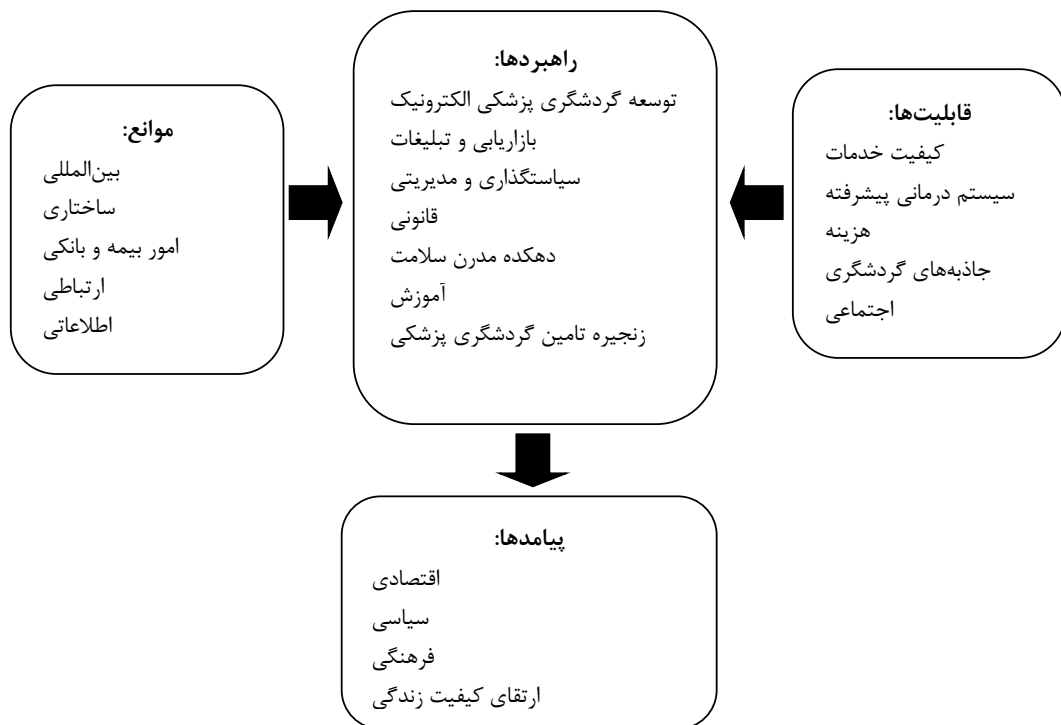
اداری در این حوزه آخرین مورد اصلاحاتی تبیین شده است که به به اصلاحات مرتبط با آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها، مجوزها و ... در حوزه گردشگری پزشکی می‌پردازد و شامل توسعه زیرساخت‌های اداری گردشگری پزشکی، بهبود مکاتبات اداری، مدیریت بخشنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و مقررات این حوزه و ارتقاء سلامت اداری می‌باشد.

سوال چهارم: پیامدهای بکارگیری راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا چیست؟

به منظور شناسایی پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی در کشور، کدگذاری صورت گرفته و نتایج به دست آمده نشان داد که توسعه گردشگری پزشکی کشور بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده و مصاحبه با صاحب نظران، چهار پیامد اصلی به همراه دارد که در جدول ۶ این پیامدها مشخص شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد اولین پیامد بکارگیری این راهبردها و به تبع آن توسعه گردشگری پزشکی، پیامدهای اقتصادی است. گردشگری پزشکی در کشور باید بتواند درآمدزایی و اشتغال را به همراه داشته باشد و بتواند مسائل اقتصادی را پوشش دهد و به آن بپردازد. پیامد بعدی، پیامدهای سیاسی است. با توجه به موقعیت کشور و قرار گرفتن ایران در شرایط تحریمی، گردشگری پزشکی باید بتواند برون رفت از چالش ارتباطات و تحریم‌ها را نیز فراهم کند و کشورهای همسایه مانند عراق، ترکیه، کشورهای حاشیه خلیج فارس و آذربایجان در اولویت قرار دارند تا نوعی استحکام در روابط بین ایران و این کشورها ایجاد شود. سومین پیامد مطرح شده پیامدهای فرهنگی گردشگری پزشکی است. این اهداف شامل ایجاد روابط فرهنگی و عاطفی بین کشورها و آشنایی با مزایای گردشگری و توسعه تاریخ و سنت و فرهنگ کشور از طریق گردشگری پزشکی است. تبادلات فرهنگی با سایر کشورها از طریق گردشگری پزشکی می‌تواند یک پیامد بسیار حیاتی برای گردشگری پزشکی باشد. از دیگر پیامدهای مطرح شده نیز ارتقای کیفیت زندگی در گردشگری پزشکی است.

جدول ۶. پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی ایران از نظر متخصصان

مفهوم اصلی	مفهوم فرعی	مقوله
پیامدهای اقتصادی	درآمدزایی و سودآوری	پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی ایران
	ارزآوری	
	توسعه اقتصادی	
	توسعه اقتصاد سلامت	
	رهایی اقتصاد از نفت و گاز	
	توسعه اقتصاد درونزا	
	توسعه اقتصاد مقاومتی	
	مقابله با تحریم‌های بین‌المللی	
	توسعه روابط بین‌الملل	
	برقراری صلح پایدار در منطقه	
پیامدهای سیاسی	انعقاد تفاهم‌نامه‌های بین‌المللی	پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی ایران
	سهولت صدور روادید و ویزای درمانی	
	ارتقای سطح توانمندسازی قایتبایراندر منطقه	
	تقویت اعتماد عمومی	
پیامدهای فرهنگی	ایجاد وابستگی عاطفی و فرهنگی	پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی ایران
	تبادلات فرهنگی با سایر کشورها	
	ارائه خدمات استاندارد به گردشگران درمانی	
ارتقای کیفیت زندگی	ارتقاء سطح سلامتی کشور	پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی ایران
	رضایت بیماران و رفع نیازهای آنان	
	ارتقاء سطح سلامتی کشورهای همسایه	



شکل ۲. الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پساکرونا (منبع: یافته‌های محقق)

بدین معنی که بکارگیری راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی علاوه بر پیامدهای فوق، خود دارای هدف والای ارتقای سطح سلامتی در منطقه و کشورهایی است که توان تأمین بهداشت و سلامتی شهروندان خود را ندارند و کشور ایران می‌تواند با استفاده از امکانات و زمینه‌ها و امتیازات موجود در کشور، این تأمین بهداشت و سلامتی را برای شهروندان سایر کشورها فراهم نماید و بدین ترتیب، کیفیت زندگی افراد بهبود می‌یابد.

بنابراین با مشخص شدن قابلیت‌ها، چالش‌ها، راهبردها و پیامدهای توسعه گردشگری پزشکی در ایران؛ در نهایت الگوی زیر که برگرفته از مفاهیم اصلی پژوهش است، طراحی گردید. الگوی ارائه شده نشان می‌دهد قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی کشور شامل کیفیت خدمات، سیستم درمانی پیشرفته، هزینه، جاذبه‌های گردشگری و قابلیت‌های اجتماعی می‌باشد. همچنین موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی کشور شامل موانع بین‌المللی، موانع ساختاری، امور بیمه و بانکی، موانع ارتباطی و موانع اطلاعاتی می‌باشد. در ادامه، با بررسی قابلیت‌ها و موانع توسعه گردشگری پزشکی، راهبردهای توسعه این صنعت در دوران پسا کرونا شامل راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک، بازاریابی و تبلیغات، سیاست‌گذاری و مدیریتی، راهبردهای قانونی، توسعه دهکده‌های مدرن سلامت، آموزش و زنجیره تامین گردشگری پزشکی شناسایی گردید. لازم به ذکر است که بکارگیری این راهبردها پیامدهای اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و ارتقای کیفیت زندگی را در پی خواهد داشت.

بحث

امروزه گردشگری پزشکی در جهان یک صنعت در حال توسعه با گردش مالی قابل توجه است، اما این صنعت پس از شیوع کووید-۱۹ با یکی از جدی‌ترین بحران‌های تجاری و مالی

خود روبرو شد. در ایران نیز کووید-۱۹ تأثیرات انکارناپذیری را به صنعت گردشگری وارد کرده است و در این بین گردشگری پزشکی نیز از این موضوع تأثیر پذیر بوده است. لذا فعالان این صنعت می‌بایست الگوی راهبردی توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا را ارائه داده و سیاست‌ها و راهبردهایی را برای توسعه این صنعت برای گذار از این دوران تدوین نمایند.

لذا پژوهش حاضر با هدف اصلی ارائه الگویی برای توسعه گردشگری پزشکی کشور در دوران پسا کرونا انجام شد. الگویی که به بررسی این صنعت از زوایای مختلف می‌پردازد. لذا، با عطف توجه به این موضوع، ابتدا قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی کشور تشریح گردید. با توجه به نتایج این پژوهش کیفیت خدمات، سیستم درمانی پیشرفته، هزینه، جاذبه‌های گردشگری و قابلیت‌های اجتماعی از مهم‌ترین قابلیت‌های توسعه گردشگری پزشکی کشور در این دوران محسوب می‌شوند. در کنار قابلیت‌های توسعه گردشگری کشور، موانعی نیز وجود دارد که یا به معنای فقدان شرایط لازم و یا وجود شرایطی است که تحقق توسعه این صنعت را مشکل می‌سازد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، این موانع شامل موانع بین‌المللی، موانع ساختاری، امور بیمه و بانکی، موانع ارتباطی و موانع اطلاعاتی می‌باشد. همچنین، با بررسی قابلیت‌ها و موانع توسعه گردشگری پزشکی کشور، راهبردهایی جهت توسعه این صنعت در دوران پسا کرونا ارائه گردید که شامل راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی الکترونیک، بازاریابی و تبلیغات، سیاست‌گذاری و مدیریتی، راهبردهای قانونی، توسعه دهکده‌های مدرن سلامت، آموزش و زنجیره تامین گردشگری پزشکی می‌باشد. از طرف دیگر، بکارگیری راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی پیامدها و مزایای اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و ارتقای کیفیت زندگی را به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به توسعه اقتصادی، ارتقای سطح

سرمایه‌گذاری و فعالیت‌های بخش خصوصی، رفع موانع قانونی و اصلاح قوانین موجود جهت افزایش پاسخگویی، شفافیت و اعتماد شهروندان و گردشگران به استفاده از فعالیت‌ها و خدمات ارائه شده توسط دولت، برگزاری سمینارها و گردهمایی‌هایی در خصوص ضرورت توسعه گردشگری پزشکی در جهت آگاهی‌بخشی عمومی اهمیت دارد. همچنین سیاست‌هایی نیز در خصوص توسعه دیپلماسی و همکاری‌های بین‌المللی و بازتاب تصویری مثبت از ایران جهت تغییر ذهنیت جهان تدوین شود.

تشکر و قدردانی

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

توانمندی رقابتی ایران، تبادلات فرهنگی با سایر کشورها، ارائه خدمات استاندارد به گردشگران پزشکی و ارتقا سطح سلامتی کشور اشاره کرد. پس از شناسایی قابلیت‌ها، موانع، راهبردها و پیامدهای بکارگیری راهبردهای ارائه شده، در نهایت، یک الگوی چهار بعدی با مولفه‌های ذکر شده ارائه گردید.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش، الگوی راهبردی ارائه گردید که از آن می‌توان به‌عنوان پایه‌ای جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌های راهبردی در این صنعت استفاده کرد. همچنین، نتایج حاصل از این پژوهش مشخص می‌کند که لازم است در زمینه توسعه گردشگری پزشکی در کشور سیاست‌گذاری‌هایی در سطح کلان نیز صورت گیرد. سیاست‌هایی چون تشویق و حمایت از

منابع

1. Ahani A, Nilashi M, Ibrahim O, Sanzogni L, Weaven S. Market segmentation and travel choice prediction in Spa hotels through TripAdvisor's online reviews. *International Journal of Hospitality Management*. 2019; 80: 52–77.
2. Nilashi M, Ahani A, Esfahani MD, Yadegaridehkordi E, Samad S, Ibrahim O, Akbari E. Preference learning for eco-friendly hotels recommendation: A multi-criteria collaborative filtering approach. *Journal of Cleaner Production*. 2019; 215: 767–783.
3. Keckley PH. *Medical tourism: Consumers in search of value*. Washington, DC: Deloitte Center for Health Solutions. 2008.
4. Tonga F, Caglar YS, Aktan ES. Possible early examples of medical tourism. *Am J Med Sci*. 2021; 362(3):227-32.
5. Ayuningtyas D, Alvian Ariwibowo D. The strategic role of information communication technology in succeeding medical. *Enferm Clin*. 2020; 30(26):170-173.
6. Williams D, Seus J. Medical tourism: implications for participants in the US health care system. Retrieved January. 2007; 15:13-20.
7. Kim HL, Hyun SS. The Future of Medical Tourism for Individuals' Health and Well-Being: A Case Study of the Relationship Improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19:5735. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095735>.
8. Fetscherin, M, Stephano RM. The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*. 2016; 52: 539–556.
9. Khan MJ, Chelliah S, Haron MS. Medical tourism destination image formation process: a conceptual model. *Int J Healthc Manag*. 2016; 9(2):134-143.
10. Esiyok B, Çakar M, Kurtulmuşoğlu FB. The effect of cultural distance on medical tourism. *J Dest Mark Manage*. 2017; 6(1):66-75.
11. Kosaka M, Kobashi Y, Kensuke K, Okawada M, Tsubokura M. Lessons from COVID-19's impact on medical tourism in Cambodia. *Public Health in Practice*. 2022; 2(1): 1-3.
12. Cohen ECE. Medical tourism in Thailand. *AU-GSB e-journal*. 2008; 1(1):24-37.
13. Hay B. From a Medical Tourism Hospital to a National Health Service Hospital in Eight Easy Years! A Case Study of the Golden Jubilee Hospital in Glasgow, Scotland. *Queen Margaret University*; 2010.
14. Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*. 2007; 9 (4):33.
15. Al Khaja KA, Sequeira RP, Damanhori AH. Polypharmacy associated with medical tourism: a critique on drug therapy. *Int J Clin Pharm*. 2011; 33(1):61-65.
16. Hopkins L, Labonté R, Runnels V, Packer C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *J Public Health Policy*. 2010; 31(2):185-198.
17. Bauer JC. Medical tourism: wave of the future in

- a world of hurt? *Healthc Financ Manage.* 2009; 63(8):36-38.
18. Courtney L, Valverde L. Potential Impacts of Medical Tourism on Health Care in Costa Rica. *Costa Rica: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.* 2010; 1-10.
 19. Unti JA. Medical and surgical tourism: the new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. *Bull Am Coll Surg.* 2009; 94(4):18-25.
 20. Ayittey KF, Ayittey KM, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuvor C. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *Medical Virology* 2020; 92(5): 473-5.
 21. Baldwin R, diMauro BW. (Eds). *Economics in the time of covid-19*, CEPR Press 2020: 59-71.
 22. Dehghan R, Reshadatjoo H, Talebi K, Dargahi H. Strategic analysis of Iran's health tourism industry in the Corona era. *Health care journal* 2020; 14 (6): 519-534. [Persian].
 23. Rahmani H, Arab M, Saeedpour J, Rajabi V, asoklail G, Mirzaei H. Iranian health tourism market in the corona pandemic and after. *Management strategies in the health system* 2020; 5 (3): 165-168. [Persian]
 24. Mirzaii H. Strategic analysis of international patient's department deployment in hospitals of Tehran University of medical sciences master dissertation. Tehran: Tehran University of medical sciences, School of public health; 2020. [Persian]
 25. Zarei Gh. Identifying the Relevant Factors of Health Tourism in the Epidemic of Covid-19. *Health Inf Manage* 2022; 19(2): 96-103. [Persian]
 26. Taghvaei M, Hosseini SS. an Elaboration of the Strategies of Medical Tourism Development, using the Approach of Destination Competitiveness (A Case Study of Fars Province, Iran). *Journal of Geography and Regional Development.* 2020; 18(35): 201-238. [Persian]
 27. Izadi M, Ayoobian A, Nasiri T, Joneidi N, Fazel M, Hosseinpourfard M J. Situation of health tourism in Iran; opportunity or threat. *Iranian Journal of Military Medicine.* 2012; 14(2):69-75.
 28. Mossadegh Rad, AM, Sadeghi M. Medical Tourism: Reasons for Choosing Iran. *Payesh.* 2021; 20 (2): 145 -166. [Persian]
 29. Hosseini S S, Tagvayi M, Ataev ZV, Bratkov VV. Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province). *South of Russia: Ecology, Development.* 2021; 15(3): 97-116.
 30. Jabbari A, Delgoshai B, Mardani R, Tabibi SJ. Medical tourism in Iran: Issues and challenges, *J Educ Health Promot.* 2012; 1(39): 1-5
 31. Saunders M, Lewis P, Thornhill A. *Research Methods for Business Students.* 7th Edition, Pearson, Harlow. 2012.
 32. Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds.), *the handbook of qualitative research.* Beverly Hills, CA: Sage. 2000; 2: 163-188.

Providing a Strategic Pattern for Development of Medical Tourism in the Country in the Post-Corona Era

Samira Loghman Estarki^{1*}, Amin Hakim²

Abstract

Background and Objective: The Covid-19 virus has an undeniable impact on the country's tourism industry, and medical tourism is no exception. The present research, the main goal was to provide a strategic pattern for the development of medical tourism in Iran. A pattern that examines this industry from different angles and suggests policies and strategies for presentation.

Methods and Materials: The research method is a part of developmental research in terms of results, and it is a part of qualitative research of the case study type in terms of purpose. The tool for collecting research data is interview and the selection of research participants has been done using the purposeful sampling method. By using the content analysis technique, interviews were reviewed and coded and classified.

Results: The results of the research showed that the four main components of the development of medical tourism in the country include Capabilities, obstacles, strategies and consequences of the development of medical tourism in the country in the post-Corona. Then, a four-dimensional model with the mentioned components is presented as a model for medical development in the country.

Conclusion: It should be noted that the model presented in this research can be a suitable road map for policy makers and managers in the field of medical tourism in order to adopt appropriate policies and strategies in the development of Iran medical tourism industry in this area.

Keywords: Medical Tourism, Medical Tourism Development Polices, Post Corona Era, Content Analysis

1*. Corresponding author. Ph.D. in System management, Faculty of Management and Accounting, Farabi campus, Tehran University, Qom, Iran. s.loghmanestarki@gmail.com

2. Ph.D. in management, Assistant prof. of Management, Farhangian University, Tehran, Iran. hakim@ut.ac.ir

Medicine and Spiritual Cultivation

Ministry of Health and Medical Education

طب و تزکیه
فصلنامه علمی و پژوهشی

• Letter to Editor

• Elevating Professional Islamic Ethics in Health: Conceptualization, Strategies, Design in Educational Programs

Seyed Hasan Emami Razavi, Manzara Amirkhani 1-16

• Foresight of Spiritual Health Education in Medical Sciences

A. Taheri, B. Shams, H.A. Tehran..... 17-29

• Willingness to Pay a COVID-19 Vaccine: A Review Study

Z. Abdoli, F. Moghddasi, S.P.A. Beik, A. Ojaghi, A. Mirzaei ... 30-41

• The Relationship between Life Satisfaction and Bullying Behaviors with Nursing Students in Clinical Settings by Spiritual Health Mediator: Structural Equation Modeling

Ali Mohammad Molasadeghi, Sara Heydari, Seyyed Alireza Afshani
Khadijeh Nasiriani42-57

• Providing a Strategic Pattern for Development of Medical Tourism in the Country in the Post-Corona Era

Samira Loghman Estarki, Amin Hakim 58-72

Volume 32, Issue 1, Spring 2023