

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

• بررسی چالش های کاربرست هوش مصنوعی در
مشاوره خودکشی با رویکرد بین رشته ای
منظر امیرخانی؛ دکتر محمدحسین صادقیان؛ احمد
حاجبی؛ امیراحمد شجاعی..... ۱۷۰-۱۸۳

• نقشه راه آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان در
اسناد بالادستی و قوانین حوزه سلامت
نسرین همایونی بخشایش؛ ربابه موسی قلی زاده؛
فهمیه ربانی خواه؛ شوکت همایونی بخشایش
..... ۱۸۴-۲۰۰

• چالش های اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان و اثرات
منفی آن بر عملکرد تحصیلی فرد (مطالعه موردی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان)
رضا صادقی؛ محدثه قاسمی؛ امیرحسین مرادپور
..... ۲۰۱-۲۱۴

• تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای
کودکان مبتلابه سرطان
فاطمه علایی کرهرودی؛ فاطمه السادات سید نعمت
اله روشن؛ شیرین قویدل ۲۱۵-۲۳۰

• واکاوی فقهی چالش های عمل های زیبایی غیر ضروری
مجتبی دهقان دار؛ میر حامد خانی ۲۳۱-۲۴۴

دوره ۳۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

سال سی و سوم شماره (پیاپی) ۱۲۹، زمستان ۱۴۰۳

شناسنامه فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه

دوره ۳۳ شماره ۴

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 ۳۳ شماره چهارم زمستان ۱۴۰۳

الکترونیکی: ۱۶۰۸-۲۳۹۷

چاپی: ۲۲۵۱-۶۲۳۹

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
۱۷۰-۱۸۳	بررسی چالش های کاربست هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی با رویکرد بین رشته ای منظر امیرخانی؛ دکتر محمدحسین صادقیان؛ احمد حاجبی؛ امیراحمد شجاعی
۱۸۴-۲۰۰	نقشه راه آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان در اسناد بالادستی و قوانین حوزه سلامت نسرین همایونی بخشایش؛ ربابه موسی قلی زاده؛ فهیمه ربانی خواه؛ شوکت همایونی بخشایش
۲۰۱-۲۱۴	چالش های اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان و اثرات منفی آن بر عملکرد تحصیلی فرد (مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان) رضا صادقی؛ محدثه قاسمی؛ امیرحسین مرادپور
۲۱۵-۲۳۰	تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلابه سرطان فاطمه علایی کهرودی؛ فاطمه السادات سید نعمت اله روشن؛ شیرین قویدل
۲۳۱-۲۴۴	واکاوی فقهی چالش های عمل های زیبایی غیرضروری مجتبی دهقان دار؛ میر حامد خانی

بررسی چالش‌های کاربست هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی با رویکرد بین‌رشته‌ای

منظر امیرخانی^{۱*}، دکتر محمدحسین صادقیان^۲، احمد حاجبی^۲، امیراحمد شجاعی^۲

چکیده

زمینه و هدف: گسترش روزافزون کاربرد هوش مصنوعی در خدمات سلامت روان، به‌ویژه در حوزه‌های حساس مانند مشاوره خودکشی، چالش‌های اخلاقی، بالینی و حقوقی متعددی را به‌وجود آورده است. این پژوهش با تمرکز بر تحلیل یک سناریوی واقعی از تعامل فردی با یک برنامه مبتنی سلامت روان بر هوش مصنوعی، به بررسی چالش‌های اخلاقی از منظر چندرشته‌ای (روانپزشکی، پزشکی قانونی و حقوق) می‌پردازد و راهکارهای عملی برای بهره‌برداری مسئولانه از هوش مصنوعی در پیشگیری از خودکشی ارائه می‌دهد.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با تحلیل یک سناریوی بالینی واقعی از تعامل فردی با افکار خودکشی با یک برنامه مبتنی با هوش مصنوعی، چالش‌های اخلاقی و حرفه‌ای استفاده از این فناوری در زمینه مشاوره خودکشی با رویکرد چند رشته‌ای را بررسی می‌کند. تحلیل بر اساس اصول اخلاقی روانشناسی ایران، اروپا و آمریکا، قوانین ملی ایران و تعدادی پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شده است.

یافته‌ها: سیستم‌های مشاوره‌ای مبتنی بر هوش مصنوعی فاقد صلاحیت حرفه‌ای جهت جایگزینی قضاوت بالینی متخصصان می‌باشد و در درک ظرافت‌های عاطفی، فرهنگی و اجتماعی ناتوان است. همچنین پاسخ‌های غیرهمدلانه آن ممکن است خطر خودکشی را تشدید کند. چالش‌های کلیدی شامل نقض حریم خصوصی، و فقدان سازگاری فرهنگی، ابهام در مسئولیت‌پذیری حقوقی، سوگیری الگوریتمی است.

نتیجه‌گیری: استفاده از هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی نیازمند رویکردی محتاطانه، مسئولانه و مبتنی بر نظارت متخصصان انسانی است و می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری مکمل برای غربالگری اولیه و ارجاع فوری به متخصصان انسانی مورد استفاده قرار گیرد. تدوین چارچوب‌های اخلاقی-حقوقی جامع، توسعه الگوریتم‌های مبتنی بر داده‌های بومی و حساس به فرهنگ، تقویت همکاری بین‌رشته‌ای (روانپزشکی، حقوق، فناوری) و ایجاد ساز و کارهای نظارتی برای تضمین حریم خصوصی و امنیت داده‌ها، تدوین استانداردهای مشخص و نظارت دقیق بر عملکرد این سیستم‌ها، امری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: چالش‌های اخلاقی، هوش مصنوعی، خودکشی، مشاوره، همکاری بین‌رشته‌ای.

*۱. نویسنده مسئول. دکتری تخصصی مشاوره، معاونت آموزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران، dr.mnzm.amirkhani@gmail.com
 ۲. دانشیار، گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
 ۲. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
 ۲. استادیار، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ایران

مقدمه

پیشرفت‌های چشمگیر در زمینه هوش مصنوعی^۱ بر مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه خدمات سلامت روان، تأثیر گذاشته است (۱). این فناوری‌ها از تشخیص اختلالات روانی تا ارائه مداخلات درمانی آنلاین گسترش یافته‌اند و به عنوان راه‌حلی برای غلبه بر موانع دسترسی به متخصص، انگ اجتماعی و هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامت روان معرفی شده‌اند (۲). برنامه‌های مبتنی بر هوش مصنوعی متعددی با هدف ارائه خدمات مشاوره روانشناختی به بازار عرضه شده‌اند که از الگوریتم‌های یادگیری عمیق و پردازش زبان طبیعی بهره می‌برند که می‌توانند در غربالگری، پایش و حتی مدیریت برخی اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی مؤثر باشند (۳).

با این حال، کاربرد هوش مصنوعی در حوزه‌های حساس مانند مشاوره خودکشی، چالش‌های اخلاقی و حرفه‌ای متعددی را به همراه دارد. محدودیت‌های هوش مصنوعی در تشخیص ظرافت‌های ارتباط انسانی، درک بافت فرهنگی-اجتماعی و ارزیابی دقیق خطر خودکشی؛ نگران‌کننده است (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سیستم‌های هوش مصنوعی فعلی به رغم پیشرفت‌های قابل توجه، فاقد توانایی کافی برای جایگزینی کامل قضاوت بالینی متخصصان در ارزیابی و مدیریت بحران خودکشی هستند (۵).

از سوی دیگر، محدودیت‌های فناورانه نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در این چالش‌ها ایفا می‌کنند. سوگیری‌های موجود در داده‌های آموزشی مانند تمرکز بر جمعیت‌های خاص می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های نادرست در موقعیت‌های بحرانی منجر شود (۶). افزون بر این، محدودیت شفافیت در عملکرد سیستم‌های یادگیری عمیق چالش‌های جدی در زمینه پاسخگویی قانونی و تعیین مسئولیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های خودکار ایجاد

می‌کند (۷).

در این مقاله، با رویکردی چندتخصصی شامل روانشناسی و مشاوره، اخلاق پزشکی و پزشکی قانونی، یک سناریوی را مورد بررسی قرار می‌دهیم که در آن برادر بیمار به دلیل نگرانی از وضعیت سلامت روان برادرش به مشاور مراجعه کرده است و اظهار می‌کند که بیمار به جای مراجعه به متخصص انسانی، از یک برنامه هوش مصنوعی مشاوره کمک گرفته و با پاسخ‌های نامناسب و بالقوه خطرناک مواجه شده است. هدف این پژوهش، بررسی چالش‌های اخلاقی از دیدگاه‌های متفاوت و تقویت همکاری بین فناوری و تخصص انسانی در مدیریت بحران خودکشی است.

سناریو^۲

آقای "الف" به همراه برادرش به مرکز مشاوره مراجعه کرد. او شرح داد که چندی است با مشاهده علائم رفتاری برادرش از جمله کاهش تماس‌های اجتماعی، گریه‌های مکرر، کاهش وزن و اظهارات پیاپی در خصوص بی‌معنایی زندگی دچار نگرانی برای وی شده بود. چند روز پیش بصورت اتفاقی گوشی تلفن همراه وی را که در حالت باز روی میز خانه رها کرده بود مشاهده کرد و متوجه شد برادرش با یک برنامه سلامت روان مبتنی^۳ بر هوش مصنوعی (که در این مقاله با عنوان اختصاری MCA شناخته می‌شود) در خصوص وضعیت روانشناختی و افکار خودکشی خود صحبت کرده بود و با مشاهده پیام‌های رد و بدل شده بین این برنامه و برادرش نگرانی وی چندبرابر شد و نهایتاً با متقاعد کردن برادرش جهت کسب کمک به روانشناس مراجعه نمودند.

در بررسی‌های بعمل آمده توسط مشاور مشخص شد که آقای "الف"، ۲۹ ساله، دارای مدرک کارشناسی ارشد در رشته مدیریت بازرگانی و ساکن شهرستانی اطراف تهران می‌باشد. ایشان ابراز

2 Vignette

3 Mental Health Application (ACM)

1 Artificial intelligence (AI)

آماده ارسال کرد، اما سیستم به دلیل محدودیت‌های فنی-حقوقی در ایران، نتوانست به اورژانس اجتماعی هشدار دهد و صرفاً با پیام‌های کلیشه‌ای («شما ارزش دارید») پاسخ داد. در جلسه ارزیابی اولیه، مشاور با بررسی دقیق تاریخچه زندگی، وضعیت روانشناختی فعلی و نحوه تعامل آقای «الف» با برنامه مبتنی هوش مصنوعی، تلاش می‌کند تا درک بهتری از تجربه بیمار و چالش‌های اخلاقی مرتبط با استفاده از این فناوری به دست آورد تا بتواند به مدیریت مسائل روانشناختی و درمان وی کمک کند.

روش پژوهش

این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های اخلاقی و حقوقی کاربرد هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی، با استفاده از روش تحلیل کیفی چندرشته‌ای طراحی شد. مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی-توصیفی است که با ترکیب داده‌های واقعی، اسناد حقوقی و تحلیل‌های بین‌رشته‌ای، به بررسی پیچیدگی‌های اخلاقی و حقوقی سیستم‌های هوش مصنوعی در بحران خودکشی می‌پردازد. فرآیند پژوهش در هفت مرحله انجام پذیرفت.

در مرحله گردآوری داده‌ها، یک سناریوی تعامل کاربر (با نام مستعار «آقای الف») با یک برنامه سلامت روان مبتنی بر هوش مصنوعی با عنوان اختصاری MCA، به عنوان مطالعه موردی انتخاب شد. داده‌ها شامل مکالمات ثبت‌شده، پاسخ‌های الگوریتم و پیامدهای رفتاری کاربر بود. علاوه بر این، قوانین ملی (مانند قانون جرائم رایانه‌ای ایران) و استانداردهای بین‌المللی (کدهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا، بریتانیا و کانادا) بررسی شدند.

تحلیل داده‌ها در دو بخش انجام شد. ابتدا مکالمات کاربر و سیستم هوش مصنوعی بررسی و سپس به بررسی چالش‌های اخلاقی پرداخته شد در بخش دوم، داده‌ها با رویکرد بین رشته

داشت در دو ماه گذشته به دلیل مشکلات مالی ناشی از بیکاری ۱۱ ماهه، بدهی‌های بانکی و فشارهای خانوادگی، نشانه‌های روانشناختی متعددی را تجربه می‌کند. وی اضافه کرد با توجه به محدودیت‌های مالی برای پرداخت هزینه‌های درمان و انگ اجتماعی مرتبط با مراجعه به روانشناس در محل زندگی، تصمیم می‌گیرد از یک برنامه سلامت روان مبتنی بر هوش مصنوعی استفاده کند. این اپلیکیشن با تبلیغات گسترده در فضای مجازی، مدعی ارائه خدمات مشاوره‌ای فوری و مقرون به صرفه با استفاده از الگوریتم‌های پیشرفته پردازش زبان طبیعی او یادگیری ماشین ۲ است.

بر اساس بررسی مکالمات ثبت شده بین «الف» و برنامه «MCA»، مشخص شد که در جلسات مشاوره، افکار مربوط به خودکشی را با این برنامه در میان می‌گذارد: گزیده‌ای از مکالمات آقای «الف» با برنامه «MCA» به شرح ذیل است: خلاصه استاندارد مکالمات جلسات بین کاربر «الف» و برنامه «MCA» به شرح زیر است:

خلاصه مکالمات جلسات مشاوره

در جلسات اولیه، کاربر «الف» احساس ناامیدی عمیق و تنهایی خود را با عباراتی مانند «فایده زندگی کردن چیست؟» ابراز کرد. سیستم هوش مصنوعی «MCA» با استفاده از الگوریتم‌های شناسایی بحران، پاسخ‌های همدلانه‌ای مانند «میتوانید بیشتر درباره احساساتتان بگویید؟» ارائه داد. در جلسات بعدی، کاربر به‌طور مکرر به برنامه‌ریزی خودکشی (با ذکر جزئیاتی مانند «ذخیره قرص‌ها») اشاره کرد و «MCA» با به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی-رفتاری مانند درخواست تعویق ۲۴ ساعته («ممکن است تصمیمتان را به فردا موکول کنید؟») واکنش نشان داد. در جلسه پایانی، کاربر تصویری از قرص‌های

1 Neuro-Linguistic programming (NLP)

2 Machine Learning

ای به بررسی چالش‌ها از دیدگاه روانپزشکی، پزشکی قانونی و حقوقی پرداخته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل حفظ حریم خصوصی کاربر با حذف اطلاعات شناسایی‌کننده (مانند نام و محل سکونت)، استفاده از داده‌های عمومی می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعمیم‌پذیری محدود نتایج به دلیل تک‌موردی بودن مطالعه، عدم دسترسی به داده‌های آموزشی الگوریتم‌های تجاری، و چالش‌های فرهنگی-اجتماعی خاص ایران اشاره کرد که ممکن است در سایر بسترها مصداق نداشته باشد. در نهایت، این روش با ترکیب تحلیل‌های کیفی، تطبیقی، چارچوبی جامع برای شناسایی چالش‌های هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی ارائه می‌دهد. یافته‌های حاصل از این روش می‌تواند به سیاست‌گذاران، توسعه‌دهندگان فناوری و متخصصان سلامت روان در طراحی سیستم‌های ایمن و مسئولیت‌پذیر کمک کند.

چالش‌های اخلاقی

استفاده از فناوری‌های نوین در مشاوره خودکشی با چالش‌های اخلاقی متعددی مواجه است. این چالش‌ها نه تنها بر اصول اخلاقی روانشناسی بلکه بر مسئولیت‌پذیری، حریم خصوصی و دسترسی عادلانه به خدمات نیز تأثیر می‌گذارند. در این بخش، به بررسی عمیق این چالش‌ها با توجه به کدهای اخلاقی معتبر در حوزه روانشناسی پرداخته می‌شود (۸).

۱- صلاحیت حرفه‌ای^۱

ارائه خدمات روانشناختی نیازمند دانش، مهارت و تجربه تخصصی است که از طریق آموزش‌های آکادمیک و نظارت بالینی کسب می‌شود. (۹). در بند ۲/۰۱ آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران بر

لزوم ارائه خدمات توسط افراد دارای صلاحیت تأکید دارد (۹) این الزام با بند ۲۰۳ کد اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا که بر محدودیت فعالیت متخصصان به حوزه‌های صلاحیت‌دار تأکید دارد (۱۰)؛ همسو می‌باشد. در بند ۹۰۱۷ سازمان نظام روانشناسی ایران با ارائه آیین‌نامه اخلاقی، تلاش کرده است تا خدمات مشاوره را منوط به اخذ مجوز کند (۹)، اما هنوز چارچوبی برای نظارت بر سیستم‌های هوش مصنوعی وجود ندارد.

۲- عدم ضرورت‌رسانی^۲

طبق اصول اخلاقی روانشناسی، هدف اصلی ارائه خدمات، کمک به مراجع و خودداری از آسیب رساندن به اوست. حال آنکه پاسخ‌های نامناسب و غیرهمدلانه فناوری‌ها نه تنها کمکی به فرد نمی‌کند، بلکه می‌تواند منجر به تشدید افکار خودکشی، افزایش احساس انزوای و در نتیجه افزایش خطر اقدام به خودکشی شود (۴) در همین راستا کد اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا در اصل A، بر اهمیت تلاش برای کاهش آسیب و افزایش منفعت برای مراجعان تأکید دارد (۱۰) همچنین، بند ۳۰۴ آیین‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی بریتانیا بیان می‌دارد که روانشناسان باید از انجام هرگونه اقدامی که به مراجع آسیب برساند، خودداری کنند (۱۱).

۳- مسئولیت‌پذیری^۳

آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی ایران، ۱۳۹۶ در بند ۴۰۲ بر لزوم مسئولیت‌پذیری روانشناسان و مشاوران در قبالی اعمال خود تأکید دارد (۹)، اما در مورد فناوری‌های غیرانسانی، این چارچوب کاربرد ندارد حتی کد اخلاقی انجمن روانشناسی کانادا که بر مسئولیت‌پذیری فردی تأکید دارد، نتوانسته راهکاری برای این ابهام ارائه دهد (۱۲).

2 Non-Maleficence

3 Responsibility

1 Professional Competence

۴- حریم خصوصی و رازداری^۱

کد اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا در اصل E، بر اهمیت حفظ حریم خصوصی و رازداری مراجعان تأکید دارد (۱۰) بند ۴۰۱ آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران نیز بر محرمانه بودن اطلاعات مراجعان تأکید دارد و بیان می‌کند که روانشناسان باید از افشای اطلاعات مراجعان بدون رضایت آگاهانه آنها خودداری کنند (۱۰). این در حالی است که در استفاده از فناوری‌ها، خطر نشت اطلاعات، سوء استفاده از داده‌ها و نقض حریم خصوصی وجود دارد (۸).

۵- رضایت آگاهانه^۲

ارائه خدمات روانشناختی مستلزم کسب رضایت آگاهانه مراجعان است، به گونه‌ای که افراد پیش از دریافت خدمات، از ماهیت، محدودیت‌ها، خطرات احتمالی، گزینه‌های درمانی جایگزین، حقوق خود به طور کامل آگاه شوند. این الزام در بندهای ۱۰۶ و ۳۱۰ آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران (۹). و نیز در بند ۳۱۰ کد اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (۱۰). مورد تأکید واقع شده است. آیا در برنامه هوش مصنوعی مشاوره اطلاعات کافی در خصوص موارد مذکور به کاربر ارائه می‌شود؟

۶- سازگاری فرهنگی^۳

اکثر سیستم‌های مشاوره روانشناختی در هوش مصنوعی بر اساس داده‌ها و الگوهای فرهنگی غربی طراحی شده‌اند و قادر به درک و پاسخگویی مناسب به مسائل مختص فرهنگ‌های دیگر نیستند (۱۳). عوامل اجتماعی-اقتصادی خاص ایران (مانند فشارهای خانوادگی، بیکاری، و مسائل اقتصادی)، نیازمند رویکردهای مشاوره‌ای متناسب با بافت فرهنگی است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رویکردهای مشاوره‌ای باید متناسب با زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی بومی طراحی شوند (عارف و رضائی، ۲۰۱۹).

۷- دسترسی عادلانه^۴

فناوری‌های نوین ممکن است شکاف‌های موجود در دسترسی به خدمات سلامت روان را تشدید کنند. افرادی که به اینترنت پرسرعت، تلفن‌های هوشمند یا دانش کافی برای استفاده از این فناوری‌ها دسترسی ندارند، از مزایای بالقوه فناوری محروم خواهند شد (۱۳).

۸- تبعیت و رعایت قوانین کشوری

بر اساس مفاد مواد ۴۹۵ تا ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی، هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابلغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود. لذا در مواردیکه از هوش مصنوعی برای اقدامات تشخیصی و درمانی استفاده می‌شود امکان پیگیری بروز خطا یا بروز آسیب به بیمار قابل پیگیری نبوده و نمی‌توان مسئولیتی را متوجه فرد خاصی نمود. لذا ضامن پرداخت دیه فرد خاصی نخواهد بود. (۱۴).

دیدگاه روانپزشکی

خودکشی به عنوان یک اورژانس روانپزشکی است که نیازمند ارزیابی سریع و مداخله مبتنی بر شواهد است این اقدامات باید به طور همزمان به عوامل روانی، زیستی، اجتماعی و محیطی

1 Confidentiality

2 Informed Consent

3 Cultural Incompatibility

4 Fair Access

خانوادگی و شرایط اقتصادی که نقش مهمی در تعیین رفتارها و نتایج اجتماعی (به‌ویژه در حوزه‌های حساس نظیر عوامل خطر خودکشی) دارند، نادیده گرفته می‌شوند (۱۹)، این محدودیت‌ها می‌توانند منجر به ارائه توصیه‌های نامناسب شوند. لذا نیاز به توسعه الگوریتم‌های مبتنی بر داده‌های بومی و حساس به فرهنگ را برجسته می‌سازد (۲۰).

۳- مدیریت پاسخ‌ها و جلوگیری از تشدید بحران

فقدان همدلی ذاتی در سیستم‌های هوش مصنوعی ممکن است به ارائه پاسخ‌های نامناسب و تشدید بحران‌های روانی بینجامد. مطالعه‌ای که عملکرد جی بی تی^۲ را با ارزیابی‌های متخصصان سلامت روان مقایسه کرد، نشان داد که این سیستم خطر اقدام به خودکشی را در تمامی شرایط به طور معناداری پایین‌تر از متخصصان ارزیابی می‌کند. علاوه بر این، جی بی تی تاب‌آوری افراد را در اکثر موقعیت‌ها پایین‌تر از هنجارهای استاندارد تخمین زد (۲۱). چنین پاسخ‌هایی نه تنها بی‌فایده هستند، بلکه ممکن است احساس بی‌ارزشی و طردشدگی را در بیمار تقویت کنند و خطر اقدام به خودکشی را افزایش دهند (۵).

۴- بهینه سازی فناوری در غربالگری اولیه

مصنوعی به‌طور نظری می‌تواند از افراد غیرمتخصص در پیش‌بینی رفتار خودکشی حمایت کند، اما شواهد موجود نشان می‌دهد که قابلیت پیش‌بینی این سیستم‌ها اغلب ناکافی است (۵) این سیستم‌ها باید تحت نظارت متخصصان و با حساسیت بالا به نرخ خطای تشخیصی (مثبت/منفی کاذب^۳) تنظیم شوند تا از مداخلات نابجا جلوگیری شود (۲۲).

توجه داشته باشد (۱۵). در حال حاضر هوش مصنوعی به عنوان ابزاری برای تشخیص الگوهای خطر خودکشی مورد استفاده قرار گرفته است، اما نمی‌توان آن را بطور کامل جایگزین متخصصان بالینی نمود بلکه می‌توان به عنوان مکمل تخصص و مهارت‌های بالینی انسان مورد بهره برداری قرار گیرد (۱۶). در این بخش به بررسی چالش‌ها و محدودیت‌های کلیدی هوش مصنوعی در این حوزه پرداخته می‌شود.

۱- نقش متخصصان در مدیریت درمان

ارزیابی خطر خودکشی فرآیندی پیچیده است که به تجربه بالینی و تسلط بر ابزارهای استاندارد مانند مقیاس درجه بندی شدت خودکشی^۱ یا مقیاس افراد غمگین^۲ وابسته است (۱۷). روانپزشکان آموزش‌دیده، علاوه بر علائم آشکار (مانند افکار خودکشی)، نشانه‌های پنهان (مانند کناره‌گیری اجتماعی یا تغییرات رفتاری) را نیز بررسی می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی فعلی در شناسایی این نشانه‌های ظریف ناتوان هستند (۵). برای مثال، تحلیل زبان بدن یا لحن صدا که در ارزیابی خطر فوری حیاتی است—هنوز خارج از توانمندی‌های سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی قرار دارد (۱۸).

۲- درک عوامل کیفی در ارزیابی خطر

هوش مصنوعی فاقد توانایی درک ظرافت‌های عاطفی، فرهنگی و اجتماعی است (۴). الگوریتم‌هایی که بر مبنای داده‌های جمعیت‌های غربی آموزش دیده‌اند، غالباً چارچوب‌های فرهنگی و اقتصادی خاص آن جوامع را منعکس می‌کنند؛ بنابراین، هنگامی که این الگوریتم‌ها در بسترهایی نظیر ایران به کار گرفته می‌شوند، عوامل بومی مانند فشارهای

3 ChatGPT

4 False Positives/Negatives

1 Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

2 SAD PERSONS Scale

۵- رعایت اصول اخلاقی بیمار

استفاده از هوش مصنوعی باید با رعایت اصول اخلاقی همراه باشد. حفظ حریم خصوصی، رضایت آگاهانه و جلوگیری از آسیب‌رسانی باید در طراحی و اجرای سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی مورد توجه قرار گیرند (۱۷). در صورت بروز آسیب ناشی از هوش مصنوعی، تعیین مسئولیت دشوار است (۲۳). قوانین و مقررات باید به گونه‌ای تنظیم شوند که از حقوق بیماران محافظت شود و مسئولیت‌پذیری توسعه‌دهندگان و ارائه‌دهندگان خدمات هوش مصنوعی تضمین شود (۲۴).

۶- ارتباط داده‌های آموزشی با صحت نتایج

الگوریتم‌های هوش مصنوعی بر اساس داده‌های آموزشی عمل می‌کنند و در صورتی که این داده‌ها ناقص، نادرست یا دارای سوگیری باشند، عملکرد سیستم نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۹). این سوگیری‌ها، ارزیابی‌های ناعادلانه و تبعیض‌آمیز به دنبال خواهد داشت (۲۰).

بطور کلی می‌توان گفت هوش مصنوعی فاقد ظرفیت درک همدلانه، قضاوت بالینی و انعطاف‌پذیری لازم در مواجهه با پیچیدگی‌های انسانی است (۱۸). با این حال، در صورت رعایت اصول اخلاقی و نظارت متخصصان می‌توانند به عنوان ابزاری مکمل دسترسی به خدمات سلامت روان را بهبود بخشند (۱۷). موفقیت این فناوری مستلزم تولید داده‌های بومی، آموزش الگوریتم‌ها با حساسیت فرهنگی و تدوین استانداردهای بین‌المللی است (۱۳).

دیدگاه پزشکی قانونی و حقوقی

خودکشی به عنوان پدیده‌ای چندعاملی، مستلزم بررسی جامع عوامل روانی-اجتماعی، زیستی و حقوقی است (۱۷). گسترش فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی در حوزه

سلامت روان، تعیین مسئولیت حقوقی ذی‌نفعان به چالشی پیچیده تبدیل شده (۲۵) این در چالش‌ها در موارد مرتبط با خودکشی پیچیده نیز می‌باشند (۲۰) این مقاله با تحلیل هشت محور کلیدی، چالش‌های پزشکی قانونی و حقوقی استفاده از AI در مشاوره خودکشی را در چارچوب قوانین ایران و استانداردهای بین‌المللی بررسی می‌کند.

۱- تحلیل تعاملات کاربر با سیستم

بررسی تعاملات بین کاربران و سیستم‌های هوش مصنوعی می‌تواند به شناسایی نشانه‌های حیاتی مانند افکار خودکشی یا درخواست کمک کمک کند. این تحلیل ضرورت توسعه الگوریتم‌های حساس به نشانه‌های بحران و استانداردسازی پاسخ‌ها را تأیید می‌کند. با پیشرفت‌های اخیر در هوش مصنوعی، مدل‌های زبانی بزرگ توانسته‌اند در ارزیابی پاسخ‌های مناسب به افراد با افکار خودکشی، عملکرد قابل ملاحظه‌ای از خود نشان دهند (۲۱). علاوه بر این، تحلیل الگوریتم‌های مورد استفاده در سیستم هوش مصنوعی و نحوه پاسخگویی آن به عبارات، سوالات و درخواست‌های خاص می‌تواند به تعیین نقش و میزان تاثیرگذاری هوش مصنوعی در شکل‌گیری تصمیم نهایی فرد کمک کند (۸).

۲- چالش اثبات رابطه علی

اثبات تأثیر مستقیم پاسخ‌های هوش مصنوعی بر اقدام به خودکشی، به دلیل پیچیدگی عوامل روانی-اجتماعی، اغلب غیرممکن است (۲۶). در حقوق ایران، مطابق اصل ۱۵ قانون مسئولیت مدنی، مسئولیت توسعه‌دهندگان تنها در صورت اثبات تقصیر فنی آشکار محقق می‌شود (۲۷). این مورد را می‌توان به خطای الگوریتمی در سیستم‌های هوش مصنوعی تعمیم داد.

۳- شفافیت در مسئولیت حقوقی

در سیستم‌های مشاوره سنتی، پزشکان و درمانگران انسانی مسئولیت مستقیمی در قبال توصیه‌ها و مداخلات خود دارند (۲۳) اما در در مورد سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، مسئولیت خطاها می‌تواند بین سه گروه توسعه‌دهندگان: در صورت طراحی نادرست الگوریتم‌ها (مانند نادیده گرفتن نشانه‌های بحران (۱) ارائه‌دهندگان خدمات: در صورت عدم نظارت بر عملکرد سیستم (۸) و کاربران در صورت پنهان کردن اطلاعات کلیدی (۲۸) تقسیم شود با این حال، قانون مجازات اسلامی هنوز ساز و کار مشخصی برای تخصیص مسئولیت در خطاهای تشخیصی هوش مصنوعی تعیین نکرده است.

۴- حریم خصوصی و امنیت داده‌ها

انتقال و ذخیره‌سازی داده‌های حساس مربوط به وضعیت روانی و افکار خودکشی افراد در سرورهای خارجی، بدون اطلاع و رضایت آگاهانه کاربران، نقض مستقیم حریم خصوصی و قوانین مرتبط با حفاظت از داده‌های شخصی محسوب می‌شود (۸) این موضوع نه تنها با اصول اخلاقی روانشناسی در تعارض است (۹) بلکه با قوانین ملی نیز مغایرت دارد. به‌عنوان مثال، ماده ۷۵ قانون جرائم رایانه‌ای جمهوری اسلامی ایران به صراحت انتقال داده‌های حساس شهروندان به خارج از کشور بدون رعایت الزامات قانونی را ممنوع کرده است (۲۸).

۵- سوگیری داده‌ها در چارچوب‌های فناورانه

الگوریتم‌های هوش مصنوعی که بر اساس داده‌های جمعیت‌های غربی آموزش دیده‌اند، ممکن است نیازها و چالش‌های فرهنگی-اجتماعی جمعیت‌های دیگر را نادیده بگیرند. به‌عنوان مثال، عوامل خطر خودکشی مانند فشارهای

خانوادگی و شرایط اقتصادی که در ایران نقش مهمی دارند، اغلب در این سیستم‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرند (۲۰) اگر داده‌های آموزشی حاوی سوگیری باشند، الگوریتم‌ها نیز تصمیمات ناعادلانه‌ای اتخاذ می‌کنند که می‌تواند منجر به تشخیص نادرست و مداخلات نامناسب شود (۱۹).

۶- ارزیابی دقت و صحت اطلاعات

ارزیابی دقت و صحت اطلاعات ارائه شده توسط سیستم‌های هوش مصنوعی، نیازمند تخصص و دانش کافی در زمینه روانشناسی و مشاوره است. متخصصان پزشکی قانونی باید قادر باشند تا با بررسی دقیق و موشکافانه پاسخ‌های ارائه شده توسط سیستم، صحت و اعتبار آن‌ها را ارزیابی کرده و تشخیص دهند که آیا اطلاعات نادرست، گمراه‌کننده یا خطرناکی به فرد ارائه شده است یا خیر (۱۹).

۷- وجود چارچوب قانونی و نظارت جامع

عدم وجود چارچوب قانونی و نظارتی جامع در این حوزه، ابهامات زیادی را در مورد حقوق و مسئولیت‌های افراد درگیر در این سیستم‌ها ایجاد می‌کند (۱۶) در ایران نیز، عدم وجود چارچوب‌های قانونی و نظارتی برای استفاده از هوش مصنوعی در پزشکی و سلامت روان به یک چالش تبدیل شده است. سازمان نظام روانشناسی ایران با ارائه آیین‌نامه اخلاقی در بند ۹.۱۷ ارائه خدمات مشاوره را منوط به اخذ مجوز کرده (۹)، اما هنوز چارچوبی برای نظارت بر سیستم‌های هوش مصنوعی وجود ندارد این خلأ قانونی می‌تواند به ارائه خدمات غیراستاندارد بینجامد و ضرورت همکاری وزارت بهداشت با مرکز ملی فضای مجازی برای تدوین پروتکل‌های نظارتی را تأکید می‌کند (۲۹).

چالش	راهکارهای پیشنهادی	کمبودها/ عدم وجود راهکار
صلاحیت حرفه‌ای	استفاده از هوش مصنوعی به‌عنوان ابزار مکمل برای غربالگری اولیه و ارجاع به متخصصان	عدم چارچوب نظارتی برای صدور مجوز یا ارزیابی سیستم‌های هوش مصنوعی در ایران.
عدم ضرررسانی	نظارت متخصصان انسانی بر عملکرد سیستم‌ها	پاسخ‌های غیرهمدلانه و کلیشه‌ای سیستم‌ها (مانند «شما ارزش دارید») که ممکن است خطر خودکشی را تشدید کنند.
مسئولیت‌پذیری حقوقی	تدوین استانداردهای اخلاقی-حقوقی شفاف برای تعیین مسئولیت ذی‌نفعان	ابهام در قوانین ایران (ماده ۱۵ قانون مسئولیت مدنی) درباره مسئولیت خطاهای الگوریتمی
حریم خصوصی	تطابق با قوانین ملی (مانند ماده ۷۵ قانون جرائم رایانه‌ای ایران)	انتقال داده‌های حساس به سرورهای خارجی بدون رضایت کاربر.
سازگاری فرهنگی	توسعه الگوریتم‌های مبتنی بر داده‌های بومی و حساس به فرهنگ.	وابستگی سیستم‌ها به داده‌های غربی و نادیده گرفتن عوامل بومی (مانند فشارهای خانوادگی و اقتصادی در ایران).
تبعیت از قوانین کشوری	تطابق با قانون مجازات اسلامی در مورد مسئولیت پزشکان (مواد ۴۹۵-۴۹۷)	عدم وجود قوانین خاص برای تعیین مسئولیت هوش مصنوعی در حوزه سلامت روان.
سوگیری داده‌های آموزشی	نیاز به تولید داده‌های آموزشی متنوع و بازبینی دوره‌های الگوریتم‌ها	استفاده از داده‌های ناقص یا سوگیرانه که منجر به تصمیمات ناعادلانه می‌شود.
چارچوب قانونی و نظارتی	پیشنهاد همکاری وزارت بهداشت با مرکز ملی فضای مجازی برای تدوین پروتکل‌های نظارتی	عدم وجود قوانین شفاف برای نظارت بر هوش مصنوعی در حوزه سلامت روان در ایران.
ناتوانی در درک عوامل کیفی	-	ناتوانی سیستم‌ها در تحلیل زبان بدن، لحن صدا، یا نشانه‌های پنهان (مانند کناره‌گیری اجتماعی)
مدیریت پاسخ‌های تشدیدکننده بحران	-	ارائه پاسخ‌های نامناسب و احتمال تشدید بحران‌های روانی
دسترسی عادلانه	-	محرومیت افراد فاقد دسترسی به اینترنت یا تلفن‌های هوشمند از خدمات

یافته ها

مقاله حاضر با بررسی ابعاد مختلف استفاده از هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی، نشان داد که اگرچه این فناوری پتانسیل‌هایی برای بهبود دسترسی و کارایی خدمات سلامت روان دارد (۱،۲)، اما چالش‌های اخلاقی، حقوقی و حرفه‌ای را نیز به همراه دارد. این چالش‌ها عمدتاً ناشی از احتمال نقض اصول اساسی اخلاق پزشکی (۸ و ۲۳) قانونی مربوط به مسئولیت پاسخگویی در قبال آسیب‌های ناشی از توصیه‌های نادرست هوش مصنوعی (۲۶) و محدودیت‌های این فناوری در درک پیچیدگی‌های عاطفی و فرهنگی و ارائه پاسخ‌های همدلانه هستند (۲۱).

ضروری است که در استفاده از فناوری‌های نوین در این حوزه، رویکردی محتاطانه و مسئولانه اتخاذ شود. به منظور بهره‌مندی از ظرفیت‌های هوش مصنوعی در این حوزه و کاهش خطرات احتمالی، پیشنهاد می‌شود که از این فناوری به عنوان ابزاری برای غربالگری اولیه، ارائه اطلاعات پایه و ارجاع به متخصصان انسانی استفاده شود، نه به عنوان جایگزینی کامل برای آن‌ها (۲۲) این رویکرد نه تنها با اصول اخلاقی منطبق است، بلکه به متخصصان انسانی اجازه می‌دهد تا با استفاده از دانش و تجربه خود، بهترین تصمیمات را برای کمک به افراد در معرض خطر اتخاذ کنند (۱۴ و ۲۳) همچنین، تدوین استانداردهای اخلاقی و قانونی مشخص، توسعه سیستم‌های بومی و متناسب با فرهنگ و نظارت انسانی مستمر بر عملکرد سیستم‌های هوش مصنوعی ضروری است (۷) برای تقویت این چارچوب، پیشنهاد می‌شود که سازوکارهای نظارتی مبتنی بر مشارکت نهادهای دانشگاهی و صنعتی توسعه یابد تا عملکرد الگوریتم‌ها به صورت مستمر ارزیابی شود (۲۲) همچنین، آموزش متخصصان سلامت روان در زمینه فناوری‌های نوین و تدوین پروتکل‌های استاندارد برای استفاده ایمن از هوش مصنوعی در بحران‌های روانی ضروری است (۱۶).

علاوه بر این، ایجاد پایگاه‌های داده ملی با رعایت اصول اخلاقی و حریم خصوصی، می‌تواند به بهبود دقت سیستم‌های هوش مصنوعی در شناسایی خطر خودکشی کمک کند (۲۵) در این راستا، همکاری بین‌المللی با سازمان‌هایی مانند سازمان جهانی بهداشت نیز برای تدوین استانداردهای جهانی و تطبیق آن‌ها با نیازهای محلی پیشنهاد می‌شود (۱۶).

بهره‌برداری ایمن و اثربخش از هوش مصنوعی در پیشگیری از خودکشی نیازمند همکاری نزدیک بین روانپزشکان، متخصصان اخلاق، مهندسان داده، و سیاستگذاران است (۱۳ و ۲۲). این همکاری می‌تواند به توسعه چارچوب‌هایی بینجامد که داده‌های بالینی را با متغیرهای اجتماعی-فرهنگی تلفیق کرده و راه‌حل‌های نوینی برای چالش‌های موجود ارائه دهند (۲۵ و ۲۰). بهره‌برداری ایمن و اثربخش از هوش مصنوعی در پیشگیری از خودکشی نیازمند همکاری نزدیک متخصصان در حوزه‌های مختلف می‌باشد (۱۸). تشکیل کارگروه‌های تخصصی متشکل از روانپزشکان، حقوقدانان، اخلاق‌پژوهان و مهندسان فناوری اطلاعات، گامی اساسی در جهت کاهش ریسک‌های مرتبط با این فناوری و تضمین استفاده مسئولانه از آن است. در نهایت می‌توان گفت که هوش مصنوعی به تنهایی نمی‌تواند جایگزین همدلی انسانی، قضاوت بالینی و درک عمیق شرایط فردی شود (۲۱) از این رو، برای تحقق شعار سازمان جهانی بهداشت در هفته بهداشت روان —هیچ‌کس نباید از مراقبت‌های بهداشتی محروم شود* (۱۶) ضروری است که از این فناوری به عنوان ابزاری مکمل در چارچوبی اخلاقی و قانونی استفاده شود و همواره بر نقش محوری متخصصان انسانی تأکید شود (۴).

نتیجه‌گیری

استفاده از هوش مصنوعی در مشاوره خودکشی، با وجود مزایای بالقوه در گسترش دسترسی به خدمات سلامت روان، با چالش‌های چندوجهی در سطوح مختلف مواجه است.

با تدوین استانداردهای اخلاقی-حقوقی شفاف است. توسعه الگوریتم‌های مبتنی بر داده‌های بومی و حساس به فرهنگ، ایجاد چارچوب‌های نظارتی برای کاهش سوگیری‌های سیستماتیک، و تقویت همکاری بین‌رشته‌ای میان حوزه‌های روانپزشکی، پزشکی قانونی، حقوق و فناوری، از الزامات اساسی برای تضمین اثربخشی و عدالت در کاربرد این سیستم‌هاست. در نهایت، موفقیت این فناوری در گروهی حفظ تعادل میان نوآوری و اصول اخلاقی، با تأکید بر نقش محوری متخصصان در تصمیم‌گیری‌های حیاتی می‌باشد.

این فناوری، علیرغم پیشرفت‌های فنی، فاقد قابلیت درک پیچیدگی‌های عاطفی و فرهنگی است که برای ارزیابی دقیق خطر خودکشی حیاتی محسوب می‌شوند. علاوه بر این، ابهام در تعیین مسئولیت حقوقی ناشی از خطاهای الگوریتمی و نگرانی‌های مربوط به حریم خصوصی داده‌ها، استفاده از آن را در موقعیت‌های بحرانی با محدودیت‌های جدی روبه‌رو می‌سازد. راهکارهای کلیدی برای بهره‌برداری ایمن و مسئولانه از این فناوری، شامل تعریف نقش مکمل هوش مصنوعی در غربالگری اولیه و تسهیل ارجاع به متخصصان انسانی، همراه

References

- Davenport T, Kalakota R. The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthc J*. 2019;6(2):94-98.
- Graham S, Depp C, Lee EE, Nebeker C, Tu X, Kim HC, et al. Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: an overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(11):116.
- D'Alfonso S. AI in mental health. *Curr Opin Psychol*. 2020;36(0):112-117.
- Fiske A, Henningsen P, Buyx A. Your robot therapist will see you now: ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy. *J Med Internet Res*. 2019;21(5):e13216.
- Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):642-651.
- Char DS, Shah NH, Magnus D. Implementing machine learning in health care—addressing ethical challenges. *N Engl J Med*. 2018;378(11):981-983.
- Mittelstadt BD, Allo P, Taddeo M, Wachter S, Floridi L. The ethics of algorithms: mapping the debate. *Big Data Soc*. 2016;3(2):1-15.
- Martinez-Martin N, Kreitmair K. Ethical issues for direct-to-consumer digital psychotherapy apps: addressing accountability, data protection, and consent. *JMIR Ment Health*. 2018;5(2):e32.
- Iranian Psychological and Counseling Association System of the Islamic Republic of Iran. Code of ethics [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 08]. Available from: <https://pcoiran.ir/media/2023/1/10/1673338743108280.pdf>. [Persian]
- American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct [Internet]. Washington, DC: APA; 2017 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>.
- British Psychological Society. Code of ethics and conduct [Internet]. Leicester: BPS; 2021 [cited 2025 Apr 8]. Available from: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-ethics-and-conduct>
- Canadian Psychological Association. Canadian code of ethics for psychologists. 4th ed. Ottawa, ON: CPA; 2017.
- Gerke S, Minssen T, Cohen G. Ethical and legal challenges of artificial intelligence-driven healthcare. In: Bohr A, Memarzadeh K, editors. *Artificial intelligence in healthcare*. Cambridge: Academic Press; 2020. p. 295-336.
- Islamic Republic of Iran. Islamic Penal Code [Qānūn-e Mojāzāt-e Eslāmī], Articles 495-497. 2013 May 22 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/845048>. [Persian]
- Franklin JC ,Ribeiro JD ,Fox KR ,Bentley KH, Kleiman EM ,Huang X ,et al .Risk factors for suicidal thoughts and behaviors :a meta-analysis of 50 years of research .*Psychol Bull*2017 . Feb.187-232:(2)143;
- Linthicum J ,Young S ,Patel S ,Clay K ,Naslund JA .Artificial intelligence and machine learning in mental health :a primer for clinicians .*Clin Soc Work J* 2023 .Jun.223-32:(2)51;
- Fazel S ,McIntosh A ,Duff J ,Sjöström S ,Stockholm B ,Power A ,et al .Suicide risk assessment tools: diagnostic accuracy study protocol .*BMJ Open*. 2020Nov:(11)10:e039184.
- Simon GE .Evidence-based management of depression .*N Engl J Med* 2017 .Jul.345-55:(4)377;
- O'Neil C .Weapons of math destruction :how big data increases inequality and threatens democracy. New York :Broadway Books.2016 ;
- Mehrabi ,N ,Morstatter ,F ,Saxena ,N ,Lerman, K .and Galstyan ,A .2021 ,A survey on bias and fairness in machine learning .*ACM computing surveys* (CSUR)654 ,(), pp.1-35. [Persian]
- Elyoseph Z, Levkovich I. Beyond human expertise: the promise and limitations of ChatGPT in suicide risk assessment. *Front Psychiatry*. 2023

- May;14:1213141.
22. Smith J, Brown T, Lee R. Hybrid AI-human systems in mental health. *J Med Ethics*. 2023 Mar;49(3):123-30.
 23. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
 24. Jobin A, Ienca M, Vayena E. The global landscape of AI ethics guidelines. *Nat Mach Intell*. 2019;1(9):389-399.
 25. Abbas M, Timuri M. A review of ethical and legal challenges of artificial intelligence applications in the healthcare system. *J Med Ethics Res*. 2024;17(48):1-11. <https://doi.org/10.22037/mej.v17i48.44053>. [Persian]
 26. Price WN, Cohen IG, Lehmann H. Big data, health law, and bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.
 27. Islamic Republic of Iran. Civil Liability Act [Internet]. Article 15. Enacted 1960 Mar 28 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law>. [Persian]
 28. Islamic Republic of Iran. Computer Crimes Law Article 75 [Internet]. 2009 [cited 2025 Apr 8]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/135717>. [Persian]
 29. Abbas M, Timuri M. A review of ethical and legal challenges of artificial intelligence applications in the healthcare system. *J Med Ethics Res*. 2024;17(48):1-11. <https://doi.org/10.22037/mej.v17i48.44053>. [Persian]

An Examination of the Challenges of Implementing Artificial Intelligence in Suicide Counseling with an Interdisciplinary Approach

Manzara Amirkhani^{1*}, Mohammad Hosein Sadeghian², Ahmad Hajebi², AmirAhmad Shojaei²

Abstract

Objective: The growing application of artificial intelligence in mental health services, particularly in sensitive areas such as suicide counseling, has created numerous ethical, clinical, and legal challenges. This research focuses on analyzing a real-life scenario of an individual's interaction with an AI-based mental health program to examine the ethical challenges from an interdisciplinary perspective (psychiatry, forensic medicine and law). It also provides practical solutions for the responsible use of artificial intelligence in suicide prevention.

Methods and Materials: This qualitative study analyzes a real clinical scenario involving an individual with suicidal thoughts interacting with an AI-based program. It examines the ethical and professional challenges of using this technology in suicide counseling through an interdisciplinary approach. The analysis is based on ethical principles of psychology from Iran, Europe, and the United States, national laws of Iran, and a selection of domestic and international research studies.

Results: AI-based counseling systems lack the professional competence to replace the clinical judgment of human experts and are incapable of understanding emotional, cultural, and social subtleties. Additionally, their non-empathetic responses may exacerbate the risk of suicide. Key challenges include privacy violations, cultural incompatibility, ambiguity in legal accountability, and algorithmic bias.

Conclusion: The use of artificial intelligence in suicide counseling requires a cautious, responsible approach under the supervision of human experts. It can be utilized as a complementary tool for initial screening and immediate referral to human specialists. Developing comprehensive ethical-legal frameworks, creating culturally sensitive algorithms based on local data, strengthening interdisciplinary collaboration (psychiatry, law, technology), establishing oversight mechanisms to ensure data privacy and security, formulating clear standards, and closely monitoring the performance of these systems are all essential steps.

Keywords: Students, risk factors, moral education, spirituality, academic performance

1*. Corresponding Author: PhD in Counseling, Deputy for Education, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
dr.mnzs.amirkhani@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Forensic Medicine, School of Medicine Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychiatry, Research Center for Addiction & Risky Behaviors (ReCARB), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Department of medical ethics, School of Medicine, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

نقشه راه آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان در اسناد بالادستی و قوانین حوزه سلامت

نسرین همایونی بخشایش^۱، ربابه موسی قلی زاده^۲، فهیمه ربانی خواه^۳، شوکت همایونی بخشایش^۴

چکیده

زمینه و هدف: توانمندسازی مدیران و کارکنان در بخش سلامت برای بهبود خدمات و نتایج بهداشتی از اهمیت زیادی برخوردار است. با توجه به پیچیدگی‌های نظام‌های سلامت و پیشرفت‌های سریع علمی، توسعه مداوم مهارت‌ها ضروری است. هدف اصلی این مقاله، بررسی قوانین و سیاست‌های موجود در این زمینه و تأثیر آن‌ها بر بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی است.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و رویکرد تحلیل مضمون براون و کلارک، به بررسی ۸۵ سند بالادستی مرتبط با آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان پرداخته و ۲۰ مضمون فرعی را شناسایی کرده است. این مضامین فرعی در چهار مضمون اصلی سیاست‌گذاری، فرآیندهای آموزشی، منابع و روش‌های آموزشی تقسیم‌بندی شده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به این مضامین می‌تواند به بهبود فرآیندهای آموزشی و مدیریتی در سازمان‌های بهداشتی کمک کند. همچنین، این تحقیق بر لزوم تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی منسجم و مؤثر تأکید دارد که می‌تواند به بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و پاسخگویی بهتر به نیازهای جامعه کمک کند.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت در راستای افزایش کیفیت آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، توانمندسازی، مدیران، کارکنان، اسناد بالادستی، قوانین حوزه سلامت.

۱. نویسنده مسئول، دکتری تخصصی برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران homayouni94@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۳. دکترای تخصصی مدیریت آموزش عالی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. کارشناسی علوم قرآن و حدیث، دانشکده علوم قرآنی، خوی، ایران

مقدمه

شفاف‌سازی الزامات قانونی و تبیین ابعاد مختلف سیاست‌های آموزشی یاری می‌رساند و در نهایت به تدوین راهکارهایی منجر می‌شود که به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی کمک می‌کنند (۸). این رویکرد اثربخش می‌تواند به پیشرفت سطح سلامت جامعه منجر شود و از این طریق، رضایت بیماران و کارکنان نیز افزایش یابد.

با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر به دلیل عدم شفافیت قوانین و تبیین ناکافی ابعاد مختلف آن‌ها در زمینه توانمندسازی مدیران و کارکنان ضرورت یافته است. آخرین بار، بخشنامه نظام آموزش کارکنان دولت در سال ۱۳۹۰ تهیه شد و نظام دستورالعمل آموزش و توانمندسازی دانشگاه‌ها در سال ۱۳۹۲ تصویب گردید. با گذشت زمان و تغییر رویکردها، نیاز به بازنگری جامع این سیاست‌ها در سطح کشور احساس می‌شود. علیرغم وجود پژوهش‌هایی که بر اهمیت تحلیل مستمر قوانین تأکید کرده‌اند، مانند فریا و همکاران^۱ (۹) و بتبتر و همکاران^۲ (۱۰)، و همچنین تحقیقاتی که تأثیرات مثبت آموزش و توانمندسازی بر افزایش بهره‌وری و کاهش نرخ ترک شغل کارکنان را توسط السافتی و اورابی^۳ (۱۱) بررسی کرده‌اند، متأسفانه پژوهشی که به ارزیابی قوانین مرتبط با آموزش کارکنان پرداخته باشد در جستجوهای مرتبط به دست نیامد.

هدف اصلی این مقاله، تحلیل جامع قوانین و سیاست‌های موجود در زمینه آموزش و توانمندسازی مدیران با بهره‌گیری از روش تحلیل کیفی بود. نتایج این تحلیل‌ها می‌تواند به ارائه تصویری شفاف از قوانین جاری کمک کند و از بروز خطاها در تدوین سیاست‌های جدید جلوگیری نماید. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند نواقص موجود در سیاست‌های فعلی را شناسایی کرده و راهکارهای مؤثر برای بهبود کیفیت خدمات فراهم آورد. با توجه به تحولات سریع علمی و فناوری، این

در دنیای معاصر، نظام‌های بهداشتی با چالش‌های متنوعی مواجه‌اند که ضرورت سازگاری با تحولات سریع علمی و فناوری را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. این چالش‌ها شامل تغییرات در الگوهای بیماری، افزایش انتظارات جامعه از خدمات بهداشتی و همچنین کمبود منابع انسانی و مالی است که می‌تواند به کاهش کیفیت توانمندسازی کارکنان منجر شود (۱). بنابراین، توجه به توسعه مداوم مهارت‌های نیروی انسانی در سازمان‌های بهداشتی امری حیاتی به شمار می‌آید. آموزش و توانمندسازی کارکنان در حوزه سلامت به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود نتایج سلامت جامعه شناخته می‌شود (۲).

در این راستا، سیاست‌گذاری آموزشی به‌عنوان نخستین فرایند اساسی در توسعه کارکنان در حوزه سلامت محسوب می‌شود. این سیاست‌ها نه تنها به بهبود مهارت‌ها و توانمندی‌های نیروی انسانی یاری می‌رسانند، بلکه به ایجاد محیط کاری مؤثر و حمایتی نیز کمک می‌کنند (۳). شواهد نشان می‌دهد سازمان‌هایی که به تدوین و اجرای سیاست‌های آموزشی جامع و منسجم می‌پردازند، قادر به بهبود عملکرد و افزایش رضایت کارکنان هستند (۴). همچنین، اهمیت سیاست‌گذاری آموزشی در توسعه کارکنان تنها به افزایش کیفیت خدمات محدود نمی‌شود، بلکه به شکل‌گیری فرهنگ یادگیری مستمر و تقویت شایستگی‌های حرفه‌ای در سازمان‌ها نیز کمک می‌کند (۵).

نکته حائز اهمیت این است که پیش از تدوین سیاست‌های آموزشی جدید، ضروری است که قوانین و سیاست‌های قبلی به‌طور دقیق مورد تحلیل جامع قرار گیرند. این تحلیل‌ها می‌توانند به درک عمیق‌تری از چالش‌ها و فرصت‌های موجود در حوزه آموزش و توانمندسازی منجر شوند (۶). بدین ترتیب، امکان تدوین سیاست‌هایی فراهم می‌شود که با نیازهای واقعی جامعه سلامت همخوانی داشته باشند (۷). فرآیند تحلیل به

1 Ferreira et al.

2 Batbaatar et al.

3 Elsafety & Oraby

تحقیق می‌تواند مبنایی برای تدوین سیاست‌های آموزشی کارآمد متناسب با نیازهای واقعی مدیران باشد.

روش بررسی

در این مطالعه، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و رویکرد تحلیل مضمون براون و کلارک^۱، اسناد بالادستی مرتبط با آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی تحقیق، شناسایی و تحلیل مضامین موجود در این اسناد به منظور درک بهتر سیاست‌ها و فرآیندهای آموزشی در حوزه سلامت بود. این روش به پژوهشگر امکان می‌دهد تا به تحلیل عمیق تری از اسناد آموزشی دست یابد و مضامین کلیدی در حوزه توانمندسازی را شناسایی کند.

جامعه هدف این مطالعه شامل تمامی اسناد بالادستی مرتبط با آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان در حوزه سلامت بود. این اسناد شامل قوانین، بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌ها و برنامه‌های آموزشی بودند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم به توانمندسازی نیروی انسانی در سازمان‌های بهداشتی مرتبط می‌شدند. در این تحقیق، از شیوه نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است تا اسناد مهم شناسایی و انتخاب شوند. منابع مورد تحلیل شامل ۸۵ سند بالادستی گردآوری شده از منابع معتبر درون و برون سازمانی بودند. منابع درون سازمانی شامل بخشنامه‌ها، صورت‌جلسات کمیته‌های راهبری و نسخه‌های نظام‌های آموزشی مانند «دستورالعمل نظام آموزش و توانمندسازی موضوع ماده ۴۶ آیین‌نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت‌علمی ۱۳۹۱» بودند. منابع برون سازمانی نیز شامل برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه‌های سازمان اداری و استخدامی می‌باشند. بازه زمانی مورد بررسی برای گردآوری این عناوین، از ابتدای تدوین قوانین در این حوزه (۱۳۰۴) تا شهریورماه ۱۴۰۲ بوده است که از طریق بررسی

بایگانی‌های اداری و منابع آنلاین انجام پذیرفته است. عناوین این اسناد در قالب جدول شماره ۱ ارائه شده است که به دلیل محدودیت کلمات مقاله، در پیوست ارائه شده است.

در ادامه، معیارهای ورود و خروج برای انتخاب اسناد به طور دقیق تعریف شدند تا اطمینان حاصل شود که نتایج تحقیق معتبرند. برای ورود به مطالعه، اسناد باید به طور مستقیم با موضوع آموزش و توانمندسازی مرتبط بودند. علاوه بر این، صحت اسناد نیز از اهمیت زیادی برخوردار بود و تنها اسنادی با اعتبار انتخاب شدند. همچنین، دسترسی کامل به داده‌ها برای تجزیه و تحلیل ضروری بود. در مقابل، اسنادی که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود، از مطالعه خارج شدند، زیرا دسترسی به اطلاعات کامل برای تجزیه و تحلیل ضروری بود. علاوه بر این، در صورت وجود چندین نسخه از یک سند واحد، تنها یک نسخه انتخاب شد تا از تکراری بودن داده‌ها جلوگیری شود و به این ترتیب، تنوع و جامعیت داده‌ها حفظ شود. این معیارها به ما کمک کرد تا اسناد مورد نظر را به دقت انتخاب کرده و از کیفیت و اعتبار داده‌ها اطمینان حاصل کنیم.

مرحله بعد تحلیل داده‌ها بود که با استفاده از روش تحلیل مضمون براون و کلارک انجام شد. این فرآیند با مطالعه جامع اسناد گردآوری شده آغاز شد تا پژوهشگر درکی عمیق از محتوای آن‌ها به دست آورد. پس از آن، کدگذاری اولیه انجام شد که منجر به استخراج ۷۷ کد شد. با استفاده از این کدهای اولیه، ۲۰ مضمون فرعی شناسایی گردید. مضامین شناسایی شده سپس به چهار مضمون اصلی تقسیم‌بندی شدند که شامل سیاست‌گذاری، فرآیندهای آموزشی، منابع و روش‌های آموزشی بودند. در مرحله بعد، مضامین به صورت جامع تجزیه و تحلیل شدند و نتایج به طور سیستماتیک در قالب یک گزارش نهایی ارائه گردید. در نهایت، نتایج تحلیل به صورت منسجم در قالب یک گزارش تنظیم شد تا یافته‌ها به طور واضح و قابل فهم ارائه شوند.

جدول ۱. عناوین اسناد بالادستی مرتبط با آموزش و توانمندسازی کارکنان و مدیران

ردیف	عناوین
1	قانون استخدام کشوری سال ۱۳۴۵
2	نظام آموزش کارکنان دولت سازمان امور اداری و استخدامی کشور ۱۳۶۳
3	دستورالعمل نحوه استفاده از مأموریت‌های آموزشی ۱۳۶۷
4	قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - سال ۱۳۶۸
5	قانون برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - سال ۱۳۷۳
6	قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - سال ۱۳۷۹
7	آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۵۰ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۷۹
8	نظام آموزش کارکنان دولت ۱۳۸۰
9	مصوبات برنامه آموزش و بهسازی نیروی انسانی از ۷ برنامه تحول در نظام اداری - ۱۳۸۱
10	طرحها و سیاست‌های اجرایی برنامه تحول در نظام اداری ۱۳۸۱
11	کارکنان دولت ۱۳۸۱ دستورالعمل‌های اجرایی نظام جدید آموزش
12	آموزش فناوری اطلاعات کارکنان دولت ۱۳۸۱
13	دوره‌های عمومی نظام جدید آموزش کارکنان دولت ۱۳۸۲
14	تفویض اختیار ناشی از ماده ۴۴ استخدام کشوری به دستگاه‌های اجرایی - ۱۳۸۳
15	اعلام ضوابط و تعیین صلاحیت مؤسسات و مراکز آموزش غیردولتی ۱۳۸۳
16	دستورالعمل اجرایی آموزش‌های بهبود مدیریت موضوع بند ۴/ج نظام آموزش کارکنان دولت ۱۳۸۳
17	دوره‌های آموزشی توجیهی ۱۳۸۳
18	قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۳۸۳
19	بخشنامه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (سابق) ۱۳۸۴
20	نظام جدید آموزش کارکنان دولت در خصوص یازده رشته شغلی ۱۳۸۵
21	اصلاح دستورالعمل‌های آموزش کارکنان دولت مبتنی بر ارزشیابی عملکرد آموزشی دستگاه‌ها ۱۳۸۵
22	قانون مدیریت خدمات کشوری ۱۳۸۶
23	صورت جلسه اولین جلسه کارگروه تخصصی آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۳۸۶
24	صورت جلسه سومین جلسه کمیته راهبری آموزش ۱۳۸۷
25	چهارمین صورت جلسه کمیته راهبری آموزش مورخ ۱۳۸۸
26	دستورالعمل اجرایی نظام آموزش کارمندان ۱۳۸۸
27	پنجمین جلسه کمیته راهبری آموزش ۱۳۸۸
28	آیین‌نامه اجرایی فصل نهم قانون مدیریت خدمات کشوری ۱۳۸۸
29	ده برنامه تحول اداری - ۱۳۸۹
30	سیاست‌های کلی نظام اداری ابلاغی مقام معظم رهبری ۱۳۸۹
31	ششمین جلسه کمیته راهبری آموزش ۱۳۸۹
32	صورت جلسه هفتمین کمیته راهبری آموزش ۱۳۸۹
33	ضوابط و دستورالعمل اعتبارسنجی مراکز و مؤسسات آموزشی غیردولتی ۱۳۸۹
34	قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰ - ۱۳۹۴) ۱۳۸۹
35	صورت جلسه هشتمین کمیته راهبری آموزش ۱۳۸۹
36	نظام آموزش کارمندان دستگاه‌های اجرایی ۱۳۹۰
37	صورت جلسه نهمین کمیته راهبری آموزش ۱۳۹۰

ردیف	عناوین
38	آیین‌نامه نظام آموزش مهارت و فناوری ۱۳۹۰
39	مراکز صلاحیت‌دار در زمینه تدریس دوره‌های آموزشی ۱۳۹۰
40	دوره‌های آموزشی بدوخدمت کارمندان جدیدالاستخدام ۱۳۹۰
41	ضوابط و نحوه ساماندهی مؤسسات آموزشی و پژوهشی دستگاه‌های اجرایی ۱۳۹۰
42	دستورالعمل نحوه احتساب و تطبیق آموزش‌های کارمندان دولت و نحوه بررسی، تأیید و صدور گواهینامه‌های نوع دوم ۱۳۹۰
43	لزوم اخذ مجوز برگزاری همایش‌ها، شرکت‌های مشاوره و آموزش ۱۳۹۰
44	سامانه و برنامه تربیت و آموزش مدیران ۱۳۹۰
45	صورت‌جلسه دهمین کمیته راهبری آموزش و توانمندسازی - ۱۳۹۰
46	دستورالعمل نظام آموزش و توانمندسازی موضوع ماده ۴۶ آیین‌نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت‌علمی ۱۳۹۱
47	شیوه‌نامه ماده ۴۱ دستورالعمل نظام آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۳۹۱
48	صورت‌جلسه یازدهمین کمیته راهبری آموزش و توانمندسازی ۱۳۹۱
49	بخشنامه ابلاغ بسته آموزشی توجیهی بدوخدمت ۱۳۹۱
50	بخشنامه لغو گواهینامه نوع دوم ۱۳۹۱
51	نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت ۱۳۹۱
52	صورت‌جلسه دوازدهم کمیته راهبری آموزش ۱۳۹۲
53	دستورالعمل نحوه پذیرش دوره‌های آموزشی خارج از کشور و اعزام به دوره‌های آموزشی ۱۳۹۲
54	ابلاغ برنامه‌های آموزش تربیت مدیر (آموزش‌های قبل از انتصاب) در سطح مدیران پایه و سایر دوره‌های آموزشی مدیران سایر سطوح ۱۳۹۲
55	بخشنامه ادامه تحصیل کارکنان ۱۳۹۲
56	بخشنامه اصلاحی نظام آموزش کارمندان و مدیران دستگاه‌های اجرایی ۱۳۹۲
57	بخشنامه عدم صدور گواهینامه نوع دوم در کلیه سطوح ۱۳۹۲
58	دستورالعمل نحوه تعیین آموزش‌های مرتبط با رتبه‌های شغلی ۱۳۹۲
59	نقشه اصلاح نظام اداری ۱۳۹۳
60	صورت‌جلسه سیزدهم کمیته راهبری آموزش ۱۳۹۳
61	مصوبه شورای عالی اداری در مورد برنامه آموزش و تربیت مدیران آینده دستگاه‌های اجرایی ۱۳۹۳
62	ممنوعیت صدور گواهینامه آموزشی ۱۳۹۳
63	صورت‌جلسه چهاردهمین کمیته راهبری آموزش ۱۳۹۳
64	راهنمای عمل آموزش کارکنان دولت در حوزه فناوری اطلاعات - ۱۳۹۳
65	ابلاغ دوره‌های آموزشی جدید و اصلاح بخشنامه اصلاحی نظام آموزش کارمندان و مدیران دستگاه‌های اجرایی ۱۳۹۴
66	ضوابط و نکات قابل توجه در ادامه تحصیل کارمندان دولت و تأکید بر اجرای بخشنامه‌های پیشین - ۱۳۹۵
67	قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰) ۱۳۹۶
68	نحوه اجرای دوره‌های آموزشی مدیران حرفه‌ای و مدیران سیاسی و لزوم ارسال مشخصات کلیات برنامه‌های آموزشی سالانه به سازمان اداری و استخدامی کشور - ۱۳۹۶
69	دستورالعمل اعتبارسنجی و تعیین صلاحیت مراکز و مؤسسات آموزشی متقاضی برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه کارمندان دولت ۱۳۹۶
70	عدم احتساب گواهینامه‌های شرکت در همایش‌ها، سمینارها و گردهمایی‌های استانی، ملی و بین‌المللی در امتیازات تعیین شده در نظام آموزش کارمندان و سایر مقررات مربوط ۱۳۹۶

ردیف	عناوین
71	لایحه اصلاح و دائمی نمودن قانون مدیریت خدمات کشوری ۱۳۹۶
72	ممنوعیت پذیرش دانشجو از سوی مؤسسات پژوهشی و مراکز مجری آموزش های علمی - کاربردی وابسته به دستگاه های اجرایی در کلیه مقاطع تحصیلی از جمله دوره های پودمانی - ۱۳۹۶
73	برنامه جامع اصلاح نظام اداری دوره دوم ۱۳۹۷-۱۳۹۹-۱۳۹۷
74	دستورالعمل نحوه احراز صلاحیت تدریس و اجرای برنامه تربیت مدرسان دوره های آموزشی کارکنان دولت - ۱۳۹۷
75	اصلاح برنامه آموزش و تربیت مدیران آینده دستگاه های اجرایی ۱۳۹۸
76	بخشنامه لزوم برگزاری جلسات، همایش ها، کلاس های آموزشی و سمینارهای دستگاه ها در سطوح استانی، منطقه ای و ملی با استفاده از فناوری های جدید (ویدئوکنفرانس، وبینار، ارتباطات برخط و...) ۱۳۹۸
77	بخشنامه پذیرش دوره های آموزشی کارکنان قراردادی پزشک خانواده ۱۳۹۹
78	ابلاغ بسته توجیهی ۱۴۰۰
79	اولین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۰
80	دومین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۰
81	سومین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۱
82	الزامات و ضوابط اجرایی آموزش در پیوست بخشنامه ابلاغ دوره های آموزشی ۱۴۰۱
83	چهارمین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۱
84	پنجمین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۱
85	ششمین صورتجلسه کارگروه راهبری آموزش و توانمندسازی منابع انسانی ۱۴۰۲

سلامت به الزامات کلیدی برای بهبود کیفیت آموزش ها می پردازد. این سیاست ها شامل تنظیم و اجرای برنامه های آموزشی، مداخله مراکز بالادستی در تدوین قوانین و تخصیص منابع مالی برای آموزش هستند. همچنین، تأکید بر بهبود مستمر و به روزرسانی برنامه های آموزشی از دیگر جنبه های مهم این سیاست هاست. در این راستا، تعاریف و مفاهیم کلیدی مرتبط با دستگاه ها، پست ها و کارمندان به دقت مشخص می شوند تا فرآیند آموزشی به طور مؤثر اجرا شود. سیاست گذاران برنامه های آموزشی نیز نقش مهمی در تعیین اهداف آموزشی و ارزیابی نتایج دارند.

الزام به تنظیم و اجرای برنامه های آموزشی

تنظیم و اجرای برنامه های آموزشی از ارکان اصلی بهبود کارایی نیروی انسانی در دستگاه های دولتی است. این الزام به عنوان یک نیاز قانونی برای افزایش دانش و مهارت ها مطرح می شود. مراکز بالادستی مانند سازمان امور اداری و استخدامی، نقش کلیدی در تعیین و نظارت بر این برنامه ها دارند. تخصیص

برای اعتبارسنجی نتایج، از چندین روش استفاده شد. مرور همکاران انجام شد که شامل بررسی و تأیید مضامین و دسته بندی های شناسایی شده توسط گروهی از خبرگان در حوزه آموزش و توانمندسازی بود. این روش به اعتبارسنجی نتایج و اطمینان از دقت تحلیل ها کمک کرد. همچنین، تحلیل متقابل نیز به کار گرفته شد. در این فرآیند، دو نفر از پژوهشگران به طور مستقل به تحلیل داده ها پرداختند و نتایج را با یکدیگر مقایسه کردند. این روش به کاهش سوگیری های فردی و افزایش دقت نتایج کمک کرد.

یافته ها

با تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این اسناد، مضامین اصلی و فرعی در قالب جدول ۲ ارائه شده است.

۱- سیاست گذاری

مضمون اصلی «سیاست گذاری» در اسناد بالادستی و قوانین

تعیین برنامه‌های زمانی مشخص برای اجرای آموزش‌ها به بهبود کیفیت و اثربخشی آموزش‌ها کمک می‌کند. در نهایت، این مضمون فرعی نشان‌دهنده تعهد به توسعه منابع انسانی و بهبود عملکرد حوزه سلامت است.

منابع مالی مناسب برای اجرای این برنامه‌ها ضروری است، زیرا بدون تأمین مالی، اجرای مؤثر آن‌ها ممکن نیست. همچنین، به‌روزرسانی منظم برنامه‌های آموزشی برای هم‌راستا شدن با نیازهای جدید اهمیت دارد. ارائه نظام‌های آموزشی جامع و

جدول ۲. تعداد منابع مرتبط با هر مضمون فرعی، کدهای اولیه، مضامین اصلی و فرعی استخراج‌شده از منابع

مضمون اصلی	مضمون فرعی	تعداد منابع مرتبط	کدهای باز اولیه	
سیاست‌گذاری	الزام به تنظیم و اجرای برنامه‌های آموزشی	۲۷	الزام به تنظیم برنامه‌های آموزشی مداخله مراکز بالادستی در تنظیم قوانین و مسئولیت‌های دستگاه‌های اجرایی	
	تعیین منابع مالی برای آموزش		تعیین منابع مالی برای آموزش	
	تأکید بر لزوم بهبود مستمر و به‌روزرسانی برنامه‌های آموزشی		تأکید بر لزوم بهبود مستمر و به‌روزرسانی برنامه‌های آموزشی	
	تعاریف و مفاهیم کلیدی	۷	ارائه نظام‌های آموزش	ارائه نظام‌های آموزش
			تعیین برنامه زمانی برای ارائه آموزش‌ها	تعیین برنامه زمانی برای ارائه آموزش‌ها
	کلیات و اصول آموزشی	۱۱	تعاریف مربوط به دستگاه‌ها و سازمان‌ها	تعاریف مربوط به دستگاه‌ها و سازمان‌ها
			تعاریف مربوط به پست و شغل	تعاریف مربوط به پست و شغل
			تعاریف مربوط به کارمندان	تعاریف مربوط به کارمندان
			اصول آموزشی	اصول آموزشی
	سیاست‌گذاران برنامه‌های آموزشی	۲۰	اهداف آموزشی	اهداف آموزشی
انواع آموزش			انواع آموزش	
فرآیند آموزشی			فرآیند آموزشی	
گروه‌های هدف آموزش	۶	ارزیابی و صدور گواهینامه	ارزیابی و صدور گواهینامه	
		سازمان اداری و استخدامی	سازمان اداری و استخدامی	
		معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی	معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی	
توجه به شایستگی‌های نیروی انسانی	۱۲	کمیته سرمایه انسانی	کمیته سرمایه انسانی	
		کارگروه آموزش و توانمندسازی	کارگروه آموزش و توانمندسازی	
		انواع گروه‌های هدف آموزش	انواع گروه‌های هدف آموزش	
تناسب آموزش با نیازهای شغلی	۷	نحوه شمولیت و فراگیری آموزش	نحوه شمولیت و فراگیری آموزش	
		تاریخ‌های مشمولیت آموزش	تاریخ‌های مشمولیت آموزش	
		مدل‌های شایستگی	مدل‌های شایستگی	
محاسبه ساعات آموزشی مربوط به همایش‌ها و سمینارها	۱۲	انواع شایستگی‌های نیروی انسانی	انواع شایستگی‌های نیروی انسانی	
		برنامه‌های توسعه شایستگی	برنامه‌های توسعه شایستگی	
		فرآیند ارزیابی شایستگی	فرآیند ارزیابی شایستگی	
ممنوعیت صدور مجوز برای همایش‌ها و سمینارها	۷	تناسب آموزش با رتبه و پست سازمانی	تناسب آموزش با رتبه و پست سازمانی	
		اجتناب از آموزش‌های غیرضروری	اجتناب از آموزش‌های غیرضروری	
		هم‌راستایی با اهداف سازمان	هم‌راستایی با اهداف سازمان	
عدم احتساب به‌عنوان دوره آموزشی	۱۲	تأکید بر استانداردهای آموزشی مشاغل	تأکید بر استانداردهای آموزشی مشاغل	
		تعریف همایش‌ها و سمینارها	تعریف همایش‌ها و سمینارها	
		ممنوعیت صدور مجوز برای همایش‌ها و سمینارها	ممنوعیت صدور مجوز برای همایش‌ها و سمینارها	
عدم احتساب به‌عنوان دوره آموزشی	۱۲	عدم احتساب به‌عنوان دوره آموزشی	عدم احتساب به‌عنوان دوره آموزشی	

مضمون اصلی	مضمون فرعی	تعداد منابع مرتبط	کدهای باز اولیه
فرآیندهای آموزشی	نیازسنجی آموزشی	۱۱	تعریف نیازسنجی آموزشی عوامل مؤثر در نیازسنجی سطوح نیازسنجی آموزشی فرآیند نیازسنجی آموزشی سالانه شواهد مربوط به نیازسنجی
	طراحی و برنامه‌ریزی آموزشی	۸	فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی معیارهای طراحی آموزشی مراحل طراحی دوره‌های آموزشی
	ارزشیابی و اثربخشی آموزش	۱۱	فرآیند ارزشیابی آموزشی سطوح ارزشیابی آموزشی روش‌های ارزشیابی آموزشی اعتباربخشی آموزش‌ها استفاده از نتایج ارزشیابی
	نظارت و کنترل کیفیت آموزش	۵	فرآیند نظارت و ارزشیابی معیارهای ارزشیابی نظارت بر دوره‌های آموزشی نظارت بر انتخاب مؤسسات آموزشی بازخورد و اصلاحات
	استانداردسازی فرآیندهای آموزشی	۶	تشریح استانداردهای آموزشی استانداردهای مشاغل عمومی و اختصاصی ممیزی فرآیندهای آموزش
	زمینه‌های همکاری و مشارکت	۱۷	مشارکت با مؤسسات آموزشی توسعه همکاری بین‌دستگاهی استفاده از ظرفیت‌های داخلی و خارجی تقویت شبکه‌های همکاری بین مؤسسات آموزشی و پژوهشی
	سیستم‌های انگیزشی و تشویقی	۲۶	تعیین ساعت آموزشی به‌عنوان معیار اصلی صدور گواهینامه‌های آموزشی
	منابع درآمدی و هزینه‌های آموزش	۱۶	الزام دستگاه‌های اجرایی به تخصیص درصدی از اعتبارات برای آموزش تعیین و برنامه‌ریزی سرانه آموزشی توجه به استفاده از فناوری‌های نوین در جهت کاهش هزینه‌ها
	سامانه‌های الکترونیکی در حوزه آموزش	۱۳	الزام استقرار نرم‌افزارهای آموزشی طراحی و نگهداری شناسنامه آموزشی الکترونیکی مدیریت اطلاعات آموزشی محورهای اطلاعاتی سامانه آموزشی
	مدرسان و اساتید آموزشی	۵	تشکیل بانک اطلاعات مدرسان احراز صلاحیت موضوعی مدرسان تعیین حق‌التدریس مدرسان
روش‌های آموزش	اجرای دوره‌های آموزشی	۲۱	انواع دوره‌های آموزشی الزامات برگزاری دوره‌ها تعیین مجریان دوره‌های آموزشی روش‌های اجرای دوره‌ها
	استفاده از روش‌های نوین در آموزش	۹	استفاده از فناوری‌های نوین در آموزش طراحی آموزش‌های تطبیق‌پذیر و شخصی‌سازی شده ایجاد پلتفرم‌های یادگیری مشارکتی آنلاین استفاده از تحلیل یادگیری برای بهبود مستمر آموزش‌ها

تعاریف و مفاهیم کلیدی

مسئولیت‌ها و وظایف هر نهاد را مشخص می‌کنند. این تعاریف

شامل شرایط استخدام، ترقی و انتقال کارمندان است که به

تعاریف و مفاهیم کلیدی در اسناد بالادستی و قوانین سلامت

سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا برنامه‌های آموزشی را با نیازها و توانمندی‌های مدیران هم‌راستا کنند.

کلیات و اصول آموزشی

مضمون «کلیات و اصول آموزشی» به تجزیه و تحلیل ساختار و اهداف نظام آموزشی مدیران و کارکنان دولت می‌پردازد. اصول آموزشی بر رویکرد سیستمی تأکید دارند که در ایجاد نظام آموزشی کارآمد نقش اساسی دارند. اهداف آموزشی بر توسعه سرمایه انسانی، افزایش کارایی و پرورش آگاهی نسبت به ارزش‌ها متمرکز هستند. آموزش‌ها به چند دسته تقسیم می‌شوند: آموزش‌های توجیهی، شغلی، فرهنگی، عمومی و مدیریتی، که هر یک به نیازهای خاص پاسخ می‌دهند. فرآیند آموزشی شامل مراحل سیاست‌گذاری، نیازسنجی، طراحی، اجرا و ارزیابی است که به پیاده‌سازی مؤثر آموزش‌ها کمک می‌کند. در نهایت، ارزیابی و صدور گواهینامه الکترونیکی به تقویت بانک‌های اطلاعاتی می‌انجامد.

سیاست‌گذاران برنامه‌های آموزشی

تحلیل سیاست‌گذاران در نظام اداری ایران شامل چهار نهاد کلیدی است. سازمان اداری و استخدامی به‌عنوان نهاد اصلی سیاست‌گذاری، مسئول تصویب سیاست‌ها و راهبردهای کلان آموزشی است؛ معاونت توسعه مدیریت و مدیریت منابع در سازمان‌ها با تدوین نظام آموزش کارمندان و ابلاغ دوره‌های آموزشی استاندارد، نقش حیاتی در هدایت برنامه‌های آموزشی ایفا می‌کند؛ کمیته سرمایه انسانی نیز به طراحی مدل‌ها و راهبردهای مدیریت منابع انسانی پرداخته و برنامه‌های آموزشی مدیران و کارکنان را تصویب می‌کند و در نهایت کارگروه آموزش و توانمندسازی با بررسی نیازهای آموزشی و تصویب محتوای دوره‌ها، به اجرای مؤثر سیاست‌های آموزشی کمک می‌کند. همکاری این نهادها به بهبود کیفیت آموزش مدیران و کارکنان کمک می‌کند.

گروه‌های هدف آموزش

مضمون فرعی «گروه‌های هدف آموزش» در نظام آموزشی مدیران و کارکنان دولت به شناسایی گروه‌های مشمول برنامه‌های آموزشی می‌پردازد. تمامی کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی باید در این برنامه‌ها شرکت کنند. تاریخ‌های مشمولیت آموزش نیز اهمیت دارد؛ به‌عنوان مثال، کارکنان رسمی و پیمانی از تاریخ ۱۳۷۹/۰۱/۰۱ و کارکنان قراردادی از تاریخ ۱۳۹۰/۰۱/۳۰ مشمول آموزش هستند. همچنین، در سال‌های اخیر تمهیداتی برای آموزش نیروهای طرحی و شرکتی اندیشیده شده است.

توجه به شایستگی‌های نیروی انسانی

مضمون «توجه به شایستگی‌های نیروی انسانی» بر مدل‌های شایستگی و فرآیندهای توسعه و ارزیابی آن‌ها در حوزه مدیران و کارشناسان مستعد تمرکز دارد. مدل‌های شایستگی به‌عنوان چارچوبی برای شناسایی شایستگی‌های لازم برای هر نقش شغلی عمل می‌کنند و شامل شایستگی‌های عمومی، تخصصی و مدیریتی هستند. این شایستگی‌ها کمک می‌کنند تا افراد وظایف خود را به بهترین نحو انجام دهند. برنامه‌های توسعه شایستگی شامل طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی برای به‌روز کردن مهارت‌ها و دانش مدیران و کارکنان است. فرآیند ارزیابی شایستگی با استفاده از ابزارهای سنجش، نقاط قوت و ضعف نیروی انسانی را شناسایی کرده و به طراحی برنامه‌های آموزشی مؤثر کمک می‌کند.

تناسب آموزش با نیازهای شغلی

مضمون «تناسب آموزش با نیازهای شغلی» بر اهمیت هم‌راستایی برنامه‌های آموزشی با رتبه و پست سازمانی کارکنان تأکید دارد. این تناسب کمک می‌کند تا آموزش‌های مرتبط با وظایف شغلی ارائه شود و از اتلاف زمان و هزینه با اجتناب از آموزش‌های غیرضروری جلوگیری گردد. هم‌راستایی برنامه‌ها

موردنیاز را شناسایی کنند. نیازسنجی باید بر اساس شناسنامه و بانک اطلاعات آموزشی مدیران انجام شود تا شکاف‌های شایستگی‌ها به‌درستی تعیین گردد. با این حال، اجرای صحیح این فرآیند با چالش‌هایی همراه است. عدم وجود چارچوب مشخص برای نیازسنجی آموزشی منجر به ناهماهنگی در روش‌ها می‌شود. همچنین، کمبود منابع مالی و انسانی متخصص مانعی جدی بر سر راه اجرای دقیق نیازسنجی است.

طراحی و برنامه‌ریزی آموزشی

فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی شامل مراحل متعددی است که از شناسایی نیازهای آموزشی آغاز می‌شود و به تدوین برنامه‌های آموزشی منجر می‌گردد. مشکل اصلی این فرآیند تأثیر الزامات اداری و قانونی در بسیاری از موارد است. این امر می‌تواند به کاهش اثربخشی دوره‌ها منجر شود.

ارزشیابی و اثربخشی آموزش

این فرآیند شامل تعیین اهداف و معیارهای ارزشیابی، طراحی ابزارهای سنجش و جمع‌آوری داده‌ها است. استفاده از روش‌های متنوع مانند آزمون‌ها و ارزیابی ۳۶۰ درجه می‌تواند به بررسی جامع‌تری از کیفیت آموزش‌ها کمک کند. با این حال، ارزشیابی آموزش‌ها به دلیل عدم تطابق با نیازهای واقعی سازمان کارایی لازم را ندارد. نتایج ارزشیابی باید به بهبود مستمر برنامه‌های آموزشی منجر شود، اما بسیاری از سازمان‌ها به دلیل عدم پیاده‌سازی مؤثر نتایج ارزشیابی، از این فرصت‌ها بهره‌برداری نمی‌کنند.

نظارت و کنترل کیفیت آموزش

نظارت بر کیفیت آموزش سنجش مؤثر دوره‌های آموزشی را ممکن می‌سازد. این فرآیند شامل ارزیابی محتوای آموزشی و صلاحیت مؤسسات مجری است. بر اساس قوانین موجود،

با اهداف سازمانی به توسعه عملکرد مدیران و ایجاد فرهنگ یادگیری در سازمان کمک می‌کند. تأکید بر استانداردهای آموزشی مشاغل به‌عنوان چارچوبی برای طراحی دوره‌ها، اطمینان می‌دهد که آموزش‌ها با نیازهای شغلی همخوانی دارند.

محاسبه ساعات آموزشی مربوط به همایش‌ها و سمینارها

بر اساس قوانین، همایش‌ها و سمینارها به‌عنوان رویدادهایی برای اشاعه یافته‌های پژوهشی تعریف می‌شوند، اما صدور مجوز آموزشی برای آن‌ها ممنوع است و به‌عنوان دوره آموزشی قابل احتساب نیستند. این ممنوعیت به دلیل عدم ارتباط مستقیم این رویدادها با اهداف نظام آموزش مدیران است. گواهینامه‌های صادره از سوی برگزارکنندگان نیز برای امتیازات آموزشی معتبر نخواهند بود. این رویکرد به بهبود کیفیت برنامه‌های آموزشی کمک کرده و تأکید بر برگزاری دوره‌های آموزشی معتبر مرتبط با نیازهای شغلی دارد.

۲. فرایندهای آموزشی

بر اساس محتوای اسناد، فرایندهای آموزشی شامل مراحل متعددی هستند که به‌طور سیستماتیک به بهبود کیفیت آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان کمک می‌کنند. در آخرین اسناد، با وجود معرفی سیاست‌گذاری آموزشی به‌عنوان اولین گام، تأکید بر نیازسنجی آموزشی، طراحی و برنامه‌ریزی آموزشی، ارزشیابی و اثربخشی آموزش، نظارت و کنترل کیفیت، استانداردسازی فرایندها و ایجاد زمینه‌های همکاری و مشارکت مطرح شده است. در ادامه به هرکدام از این مضامین فرعی به تفکیک پرداخته شده است:

نیازسنجی آموزشی

در این حوزه، سازمان‌ها موظف‌اند در سطوح مختلف سازمانی، شغلی و فردی بر اساس اهداف آموزشی، دوره‌های

نقد اصلی در مورد فرآیند ارزیابی همکاری‌هاست که ساختاری مشخص برای آن تعیین نشده است.

سیستم‌های انگیزشی و تشویقی

سیستم‌های انگیزشی برای شرکت در دوره‌های آموزشی در قالب استفاده از ساعت‌های آموزشی در فرآیند ارزشیابی عملکرد سالانه مدیران و کارکنان پیاده شده‌اند. این سیستم‌ها شامل ارتقای پایه و رتبه و صدور گواهینامه‌های آموزشی هستند. گواهینامه‌های آموزشی به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند: گواهینامه‌های نوع اول صدور این نوع به صورت الکترونیکی انجام می‌شود و گواهینامه نوع دوم که در حال حاضر، صدور آن ممنوع است. مدت‌زمان آموزش به عنوان ملاک مشخص برای اجرای فرآیندهای انگیزشی تعیین شده است، نشان‌دهنده نگرش کمی در سیاست‌های تشویقی است. این رویکرد می‌تواند به ایجاد یک سیستم سنجش و ارزیابی دقیق کمک کند، اما ممکن است به نادیده گرفتن کیفیت آموزش و تمرکز بیش از حد بر کمیت منجر شود. بنابراین، بازنگری سیاست‌های تشویقی ضروری است تا تعادل بین کمیت و کیفیت حفظ شود.

۳. منابع

مضمون اصلی «منابع» در نظام آموزش مدیران و کارکنان دولت شامل سه مضمون فرعی مهم است: منابع درآمدی و هزینه‌های آموزش، سامانه‌های الکترونیکی در حوزه آموزش و مدرسان و اساتید آموزشی. تخصیص درصدی از اعتبارات برای آموزش نه تنها به تأمین مالی برنامه‌های آموزشی کمک می‌کند، بلکه به بهبود کیفیت آموزش و توسعه مهارت‌های مدیران و کارکنان نیز منجر می‌شود. همچنین، سامانه‌های الکترونیکی به عنوان ابزاری کارآمد، امکان مدیریت و تحلیل اطلاعات آموزشی را فراهم می‌آورند و به سازمان‌ها کمک می‌کنند تا تصمیم‌گیری‌های بهتری در زمینه آموزش اتخاذ کنند. علاوه بر

نظارت در دو سطح قابل بررسی است: نظارت در دو سطح قابل بررسی است: نظارت بر دوره‌های آموزشی که شامل ارزیابی محتوای آموزشی، روش‌های تدریس و اثربخشی است. در سطح دیگر، نظارت بر مؤسسات آموزشی به بررسی توانمندی آن‌ها در ارائه آموزش‌های موردنیاز می‌پردازد. دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان و مدرسان به شناسایی نقاط قوت و ضعف دوره‌ها کمک می‌کند و منجر به بهبود مستمر برنامه‌های آموزشی می‌شود. با این حال، کمبود نیروی انسانی متخصص اجرای فرآیندهای نظارتی را با چالش مواجه می‌کند.

استانداردسازی فرآیندهای آموزشی

استانداردسازی شامل تدوین استانداردهای مرتبط با سرمایه‌گذاری و ساعت آموزشی است. طراحی استانداردها بر مبنای شایستگی‌های موردنیاز مشاغل عمومی و اختصاصی، امکان توسعه کارمندان را فراهم می‌آورد. یکی از نقدهای اصلی به این فرآیند، عدم توجه کافی به تنوع نیازهای آموزشی در مشاغل مختلف است. استانداردهای مشاغل عمومی و اختصاصی باید به گونه‌ای طراحی شوند که نه تنها به نیازهای شغلی بلکه به شرایط خاص سازمان نیز پاسخ دهند. علاوه بر این، فرآیند ممیزی باید به طور مستمر و با استفاده از ابزارهای نوین ارزیابی انجام شود تا اطمینان حاصل شود که استانداردها به درستی اجرا می‌شوند و بهبود مستمر در کیفیت آموزش‌ها حاصل می‌شود.

زمینه‌های همکاری و مشارکت

مشارکت با مؤسسات آموزشی و توسعه همکاری‌ها امکان بهره‌برداری از منابع متنوع را فراهم می‌کند. تقویت شبکه‌های همکاری بین مؤسسات آموزشی می‌تواند به تبادل دانش کمک کند. همچنین، تقویت شبکه‌های همکاری بین مؤسسات آموزشی و پژوهشی می‌تواند به تبادل دانش و تجربیات کمک کند و به ایجاد یک اکوسیستم یادگیری پویا منجر شود. با این حال،

می‌آورد. این نرم‌افزارها امکان ثبت شناسنامه آموزشی الکترونیکی را فراهم می‌کنند که شامل اطلاعات مربوط به دوره‌های گذرانده شده و نیازهای آموزشی است. مدیریت اطلاعات از طریق این سامانه‌ها به سازمان‌ها امکان ذخیره، پردازش و تحلیل داده‌ها را می‌دهد.

مدرسان و اساتید آموزشی

به استناد منابع مورد مطالعه، مدرسان و اساتید آموزشی در نظام آموزش مدیران و کارکنان دولت، نیازمند یک ساختار منظم و کارآمد هستند. تشکیل بانک اطلاعات مدرسان به شناسایی و ارزیابی مدرسان واجد شرایط کمک می‌کند. احراز صلاحیت مدرسان بر اساس تخصص و تجربه آن‌ها به بهبود کیفیت آموزش کمک می‌کند. با این حال، یک نکته قابل توجه این است که پروسه احراز صلاحیت به صورت تمرکزگرایی انجام می‌شود که ممکن است به ایجاد تبعیض و ناهماهنگی در تأیید مدرسان منجر شود. دستگاه‌های دولتی ملزم به رعایت این پروسه هستند و این موضوع می‌تواند مانع از بهره‌مندی از ظرفیت‌های بالقوه سایر مدرسان اختصاصی با صلاحیت شود؛ لذا نیاز به بازنگری و اصلاح این فرآیند احساس می‌شود تا از آسیب‌های احتمالی جلوگیری شود.

۴. روش‌های آموزش

روش‌های آموزش به عنوان ارکان کلیدی، نه تنها به انتقال دانش و مهارت‌ها کمک می‌کنند، بلکه به اثربخشی مدیران و کارکنان در انجام وظایف محوله نیز می‌انجامند. با توجه به تحولات سریع فناوری و نیازهای متغیر بازار کار، استفاده از روش‌های نوین آموزشی اهمیت ویژه‌ای دارد. در این مقاله، دو مضمون فرعی شامل اجرای دوره‌های آموزشی و تأکید بر استفاده از روش‌های نوین در آموزش بررسی می‌شوند.

این، مدرسان و اساتید آموزشی به عنوان عوامل کلیدی در فرآیند یاددهی-یادگیری، نیازمند ارزیابی و تأیید صلاحیت هستند تا اطمینان حاصل شود محتوای آموزشی به روز و معتبر به فراگیران منتقل می‌شود. با این حال، نیاز به بهبود فرآیندهای احراز صلاحیت و ایجاد یک سیستم جامع برای شناسایی و انتخاب مدرسان وجود دارد.

منابع درآمدی و هزینه‌های آموزش

مضمون فرعی «منابع درآمدی و هزینه‌های آموزش» در نظام اداری کشور بر ضرورت تخصیص درصدی از اعتبارات برای آموزش توسط دستگاه‌های اجرایی تأکید می‌کند. این الزام در قوانین بالادستی ابتدا حداقل ۱٪ از کل اعتبارات هزینه‌ای را مشخص کرده بود، اما متأسفانه با حذف این درصد، به کیفیت آموزش ضمن خدمت آسیب وارد شد. با این حال، در قوانین حوزه سلامت هنوز مصوبه «حداقل ۱٪» معتبر است. برای تأمین منابع مالی لازم جهت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی، تعیین و برنامه‌ریزی سرانه آموزشی بر اساس ساعات آموزش مدیران و کارکنان اهمیت دارد. این اقدام به دستگاه‌ها کمک می‌کند تا منابع خود را به طور مؤثر مدیریت کرده و نیازهای آموزشی را برآورده سازند. همچنین، توجه به فناوری‌های نوین در برگزاری دوره‌های آموزشی می‌تواند به کاهش هزینه‌ها و افزایش بهره‌وری کمک کند. این رویکردها نه تنها کیفیت آموزش را بهبود می‌بخشند، بلکه به توسعه دولت الکترونیک و بهینه‌سازی فرآیندهای اداری نیز منجر می‌شوند.

سامانه‌های الکترونیکی در حوزه آموزش

سامانه‌های الکترونیکی در حوزه آموزش مدیران و کارکنان به عنوان ابزاری حیاتی برای بهبود کیفیت و کارایی فرآیندهای آموزشی شناخته می‌شوند. الزام استقرار نرم‌افزارهای آموزشی در مؤسسات، بستر جامع برای مدیریت اطلاعات آموزشی فراهم

اجرای دوره‌های آموزشی

اجرای دوره‌های آموزشی در تمامی اسناد به‌عنوان فرآیند کلیدی معرفی شده است. انواع دوره‌ها شامل دوره‌های توجیهی، شغلی، عمومی و بهبود مدیریت هستند که هر یک به نیازهای خاص مدیران و کارکنان پاسخ می‌دهند. الزامات برگزاری دوره‌ها، مانند تأیید کمیته راهبری قبل از اجرا، به تضمین کیفیت کمک می‌کند. تعیین مجریان دوره‌ها نیز بسته به نوع دوره اهمیت دارد. استفاده از روش‌های متنوع آموزشی، مانند حضوری، نیمه‌حضوری و الکترونیکی، انعطاف‌پذیری بیشتری را برای مدیران و کارکنان فراهم می‌آورد و دسترسی به آموزش‌های باکیفیت را افزایش می‌دهد.

استفاده از روش‌های نوین در آموزش

از سال ۱۳۹۰، استفاده از روش‌های نوین در آموزش به‌عنوان ضرورتی برای افزایش کیفیت مطرح شده است. فناوری‌های نوین مانند یادگیری الکترونیکی و واقعیت مجازی امکانات جدیدی برای یادگیری فراهم می‌کنند که به مدیران و کارکنان این امکان را می‌دهد تا مهارت‌های خود را در محیط‌های شبیه‌سازی شده تقویت کنند. طراحی آموزش‌های تطبیق‌پذیر و شخصی‌سازی شده به ایجاد تجارب یادگیری متناسب با نیازهای فردی کمک می‌کند. همچنین، ایجاد پلتفرم‌های یادگیری مشارکتی آنلاین، تعامل و تبادل دانش بین مدیران و کارکنان را تسهیل می‌کند. استفاده از تحلیل یادگیری برای رصد پیشرفت‌های آموزشی و شناسایی نقاط قوت و ضعف، به بهبود مستمر آموزش‌ها منجر می‌شود و سازمان‌ها را قادر می‌سازد تا برنامه‌های آموزشی خود را بهینه‌سازی کنند.

بحث

تحلیل حاضر به بررسی ابعاد مختلف سیاست‌ها و فرآیندهای آموزشی در نظام بهداشتی کشور پرداخته و به روشن‌سازی

الزامات و چالش‌های موجود در توانمندسازی مدیران و کارکنان کمک کرده است. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل اسناد و داده‌ها، نشان‌دهنده اهمیت سیاست‌گذاری آموزشی، فرآیندهای آموزشی، منابع و روش‌های آموزشی به‌عنوان ارکان کلیدی در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی هستند.

در این راستا، سیاست‌گذاری آموزشی به‌عنوان اولین گام در توسعه منابع انسانی، نیازمند توجه ویژه به الزامات قانونی و شفاف‌سازی فرآیندهاست. الزاماتی مانند تنظیم و اجرای برنامه‌های آموزشی، تخصیص منابع مالی و بهبود مداوم، نشان می‌دهند که تدوین سیاست‌های جامع و منسجم در این حوزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این سیاست‌ها باید به‌طور مداوم موردبازنگری قرار گیرند تا با تحولات سریع علمی و فناوری هم‌راستا باشند. به‌ویژه، توجه به نقش سیاست‌گذاران برنامه‌های آموزشی در این فرآیند، می‌تواند به بهبود کیفیت و اثربخشی آموزش‌ها کمک کند.

در ادامه، فرآیندهای آموزشی شامل مراحل متعددی هستند که به‌طور سیستماتیک به بهبود کیفیت آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان کمک می‌کنند. از نیازسنجی آموزشی تا طراحی، ارزشیابی و نظارت، هر یک نقش حیاتی در تضمین کیفیت آموزش‌ها دارند. با این حال، چالش‌هایی مانند عدم وجود چارچوب‌های مشخص برای نیازسنجی و کمبود منابع مالی و انسانی متخصص، اجرای مؤثر این فرآیندها را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین، شناسایی و حل این چالش‌ها از طریق تدوین راهکارهای مناسب ضروری است.

منابع به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی در نظام آموزش، شامل منابع درآمدی، هزینه‌های آموزش، سامانه‌های الکترونیکی و مدرسان و اساتید آموزشی هستند. تخصیص درصدی از اعتبارات برای آموزش، به تأمین مالی برنامه‌های آموزشی کمک می‌کند و در نهایت به بهبود کیفیت آموزش و توسعه مهارت‌های مدیران و کارکنان می‌انجامد. سامانه‌های الکترونیکی به‌عنوان ابزارهای

چالش‌های بسیار اصلاحات مؤثری در نظام آموزشی در نظر داشته‌اند.

یکی از نکات مهم در یافته‌ها، ضرورت توجه به فرایندهای آموزشی، به‌ویژه فرایند نیازسنجی آموزشی است که به شناسایی دقیق نیازهای کارکنان در سطوح مختلف سازمانی کمک می‌کند. این امر نه تنها به طراحی مؤثر دوره‌های آموزشی منجر می‌شود، بلکه تضمین‌کننده هم‌راستایی آموزش‌ها با نیازهای آموزشی نیز خواهد بود. خوش‌نشین و خشنودی (۱۳) نیز بر لزوم نیازسنجی برای برنامه‌ریزی مؤثر آموزش تأکید کرده‌اند. علاوه بر این، طراحی و برنامه‌ریزی آموزشی باید با توجه به الزامات اداری و قانونی صورت گیرد تا از کاهش اثربخشی دوره‌ها جلوگیری شود. ارزشیابی و کنترل کیفیت آموزش نیز از جنبه‌های حیاتی است که در نتایج تحقیق به آن پرداخته شده است. نظارت بر محتوای آموزشی و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان می‌تواند به بهبود مستمر برنامه‌های آموزشی کمک کند، همان‌طور که توکلی (۱۴) نیز بر اهمیت ارزیابی مداوم در فرایند یادگیری تأکید کرده است. (۱)

تحقیق حاضر به بررسی ابعاد مختلف قوانین منابع آموزشی در نظام بهداشتی نیز کشور پرداخته است. تخصیص درصدی مشخص از اعتبارات برای آموزش نه تنها به تأمین مالی برنامه‌های آموزشی کمک می‌کند، بلکه به بهبود کیفیت آموزش و توسعه مهارت‌های مدیران و کارکنان نیز منجر می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حبیبی و زارع محله (۱۵) همسو است که بر اهمیت تقویت زیرساخت‌ها تأکید دارد. همچنین، استفاده از فناوری‌های نوین در پیشبرد اهداف آموزشی نقش مهمی دارد، همان‌طور که مرادی و عبدی (۱۶) نشان داده‌اند. علاوه بر این، منجم‌زاده و همکاران (۱۷) نیز بر عدم توازن و کمبود جامعیت در سیاست‌های توسعه مالی دانشگاه‌ها تأکید کرده‌اند، که بر اهمیت توجه متوازن به ابعاد مختلف توسعه مالی و آموزشی دلالت دارد.

کارآمد، امکان مدیریت و تحلیل اطلاعات آموزشی را فراهم می‌کنند. همچنین، ارزیابی و تأیید صلاحیت مدرسان و اساتید آموزشی ضروری است تا اطمینان حاصل شود که محتوای آموزشی به‌روز و معتبر به فراگیران منتقل می‌شود.

در نهایت، روش‌های آموزشی به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی نه تنها به انتقال دانش و مهارت‌ها کمک می‌کنند، بلکه به افزایش اثربخشی مدیران و کارکنان در انجام وظایف محوله نیز می‌انجامد. استفاده از روش‌های نوین آموزشی، مانند یادگیری الکترونیکی و واقعیت مجازی، به‌عنوان یک ضرورت اساسی مطرح شده است. این فناوری‌ها با فراهم کردن امکانات جدید برای یادگیری، به مدیران و کارکنان این امکان را می‌دهند که در محیط‌های شبیه‌سازی شده و واقعی مهارت‌های خود را تقویت کنند.

نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر به بررسی ابعاد مختلف سیاست‌ها و فرآیندهای آموزشی در نظام بهداشتی کشور پرداخته و به روشن‌سازی الزامات و چالش‌های موجود در توانمندسازی مدیران و کارکنان کمک کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که سیاست‌گذاری آموزشی، فرآیندهای آموزشی، منابع و روش‌های آموزشی از ارکان کلیدی در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی هستند. بر اساس یافته‌های این تحقیق، سیاست‌گذاری آموزشی به‌عنوان یک عنصر بنیادی، نیازمند توجه ویژه‌ای به شایستگی‌های نیروی انسانی و هم‌راستایی آموزش‌ها با نیازهای شغلی است. در این راستا، سیاست‌گذاران سعی می‌کنند با ارائه تعاریف و مفاهیم کلیدی به تبیین فرایند آموزشی بپردازند، همسو با این یافته در پژوهشی با عنوان «تحلیل نخستین شاخص‌های تحول و نوسازی نظام آموزشی ایران در قوانین، مصوبات و مذاکرات مجلس اول مشروطه» که توسط ابوحمز و همکاران (۱۲) انجام شده است، نشان می‌دهد سیاست‌گذاران در مجلس اول مشروطه با وجود

سیاست‌گذاران و مدیران آموزشی فرآیندهای آموزشی را بازنگری و بهبود بخشند. ایجاد یک سیستم جامع برای شناسایی و انتخاب مدرسان، تقویت همکاری بین مؤسسات آموزشی و پژوهشی، و توجه به نیازهای فردی مدیران و کارکنان می‌تواند به افزایش کیفیت آموزش و توانمندسازی آن‌ها کمک کند. در کنار این اقدامات، توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و آموزش الکترونیکی باید به‌عنوان یک اولویت در دستور کار قرار گیرد. با این حال، این تحقیق با محدودیت‌هایی مانند کمبود داده‌های خاص و چالش‌های اجرایی در جمع‌آوری اطلاعات مواجه بود. در نتیجه، تحقیقات آینده می‌توانند ابعاد دیگر این موضوع را بررسی کرده و به تحلیل عمیق‌تر چالش‌های موجود در نظام آموزشی بپردازند.

مضمون نهایی مربوط به روش‌های آموزشی به‌عنوان ارکان کلیدی در افزایش کیفیت آموزش و توانمندسازی کارکنان است. یافته‌ها نشان می‌دهند که اجرای دوره‌های آموزشی متناسب با شرایط مختلف می‌تواند به انواع روش‌ها اجرا شود و قوانین در این حوزه انعطاف‌پذیر هستند. این نتیجه با تحقیق رضانی اردی و همکاران (۱۸) همسو است که الگوی آموزش الکترونیکی را پیشنهاد می‌کند. استفاده از روش‌های نوین مانند یادگیری ترکیبی و پلتفرم‌های یادگیری آنلاین می‌تواند تعامل و تبادل دانش را بین کارکنان تسهیل کند. حمزه لویاک و همکاران (۱۹) نیز بر اهمیت ایجاد یک مدل آموزشی ترکیبی تأکید کرده‌اند که می‌تواند به بهبود کیفیت یادگیری کمک کند.

با توجه به یافته‌های این تحقیق، پیشنهاد می‌شود که

References

- Vatandoost M, Litkouhi S. The future of healthcare facilities: how technology and medical advances may shape hospitals of the future. *Hospital Practices and Research*. 2019; 4 (1):1-11.
- Mahdavi A, Atlasi R, Ebrahimi M, Azimian E, Naemi R. Human resource management (HRM) strategies of medical staff during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*. 2023; 9 (10).
- World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2016.
- Nguyen C. The impact of training and development, job satisfaction and job performance on young employee retention [Internet]. *Job Satisfaction and Job Performance on Young Employee Retention*; May 1, 2020.
- Dhungana S, Gnawali L. Educational Policy and Teacher Professional Development: A Thematic Review. *The Harvest*. 2023; 2 (1):93-106.
- Hyatt D. The critical policy discourse analysis frame: helping doctoral students engage with the educational policy analysis. *Teaching in Higher Education*. 2013; 18 (8):833-845.
- Owen, G. T. Qualitative methods in higher education policy analysis: using interviews and document analysis. *The Qualitative Report*. 2014; 19 (26):1-19.
- Grasso MS, Del Carmen Valls Martínez M, Ramírez-Orellana A. Health policies based on patient satisfaction: a bibliometric study. In: *Healthcare*; 2021 Nov; 9 (11):1520.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017; 137 (2):89-101.
- Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. In: *Healthcare*; 2023 Feb; 11 (5):639.
- Elsafty A, Oraby M. The impact of training on employee retention: an empirical research on the private sector in Egypt. *International Journal of Business and Management*. 2022; 17 (5):58-74.
- Abu Hamze A, Malayi Tavani A, Torkamani AP, Yousufi Far SH. Analysis of the first indicators of transformation and modernization of the educational system in Iran in the laws, resolutions, and negotiations of the first constitutional parliament (1324-1326 H./1287-1285 SH). *Historical Essays (Culture) (Special History)*. 2022; 11 (1):0-0 https://journals.ihcs.ac.ir/article_5456.html [Persian].
- Khoshneshin, Z. Khoshnoudi Far, M. The Necessity of Staff's Needs Assessment in E-based Learning. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*, 2014; 5(3): 78-84 Available: <https://sid.ir/paper/249923/fa> [Persian]
- Tavakoli, Samaneh. The necessity of evaluating in-service training courses in libraries: an effective approach in human resources management. *Shamseh: Electronic publication of the Organization of Libraries, Museums and Documentation Center of Astan Quds Razavi*, 2009; 1(Issue 4, December and January 2009): 1-20 Available: https://shamseh.aqr-libjournal.ir/article_49972.html [Persian].
- Habibi MR, Zareh-Mahaleh SH, Jafar-Navahi J. Optimal utilization of educational resources: a strategy for enhancing the quality of education. *Psychol Educ Stud*. 2024; 113 (6):703-14 [Persian].
- Moradi, S., Abdi, S. Open Educational Resources: A Review of Functional Experience in the World. *Library and Information Science Research*, 2021; 11(1): 258-280. doi: 10.22067/infosci.2021.24109.0 [Persian].
- Monajemzadeh SS, Naderi Roshanvand A, Gharayeni Nejad GR, Pour Rostami N. Analysis and evaluation of university financial development policies based on higher education superior documents. *Majles and Strategy*. 2021; 26 (98):5-39 Available: <https://www.magiran.com/p2021928> [Persian].
- Ramezani Ardi, E., Zaraii Zavaraki, E., Nili, M., Aliabadi, K. Designing and Validating the E-Learning Model in in-Service Training. *Journals of Environmental Education and Sustainable Development*, 2019; 7(2): 129-142. doi: 10.30473/ee.2019.5608 [Persian].
- Hamzeluopak, H., Batmani, F., Yavari bafghi, A. H., Hosseinpour, S. Design and Validity of Blended Learning Model in Islamic Republic of Iran police In-Service Training system. *The Quarterly Management on Police Training*, 2022; 1401(58): 159-192. doi: 10.22034/mape.2022.1267867.1174 [Persian].

Roadmap for Training and Empowerment of Managers and Staff in supreme documents and Health Sector Laws

Nasrin Homayouni Bakhshayesh^{1*}, Robabeh Musa Gholizadeh², Fahimeh Rabbani Khah³, Shokat Homayouni Bakhshayesh⁴

Abstract

Objective: Empowering health sector managers and staff is crucial for improving health services and outcomes. Given the complexities of health systems and rapid scientific advancements, continuous skill development is essential. This article aims to examine existing laws and policies and their impact on health organizations' performance.

Methods: This study identifies qualitative content analysis and Braun and Clarke's thematic analysis approach, examining 85 relevant supreme documents related to the training and empowerment of managers and staff, identifying 20 sub-themes. These sub-themes are categorized into four main themes: policy-making, educational processes, resources, and teaching methods.

Findings: The findings indicate that attention to these themes can enhance educational and managerial processes in health organizations. Furthermore, this research emphasizes the necessity of formulating coherent and effective educational policies and programs that can improve the performance of health organizations and better respond to community needs.

Conclusion: The results of this research can serve as a basis for policymakers and managers in the health sector to enhance the quality of training and empowerment of staff and managers.

Keywords: Training, Empowerment, Staff, Managers, Supreme Documents, Health Laws.

1*. Corresponding author: Ph.D. in Curriculum Planning, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran homayouni94@gmail.com

2. Master of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3. Ph.D. in Higher Education Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Bachelor of Quranic Sciences, Faculty of Quranic Sciences, Khoy, Khoy, Iran

4. Bachelor of Quranic Sciences, Faculty of Quranic Sciences, Khoy, Iran

چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان و اثرات منفی آن بر عملکرد تحصیلی فرد (مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

رضا صادقی^۱، محدثه قاسمی^۲، امیرحسین مرادپور^۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف اصلی این مطالعه شناسایی چالش‌ها و آسیب‌های اخلاقی است که دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی دوره تحصیل با آن روبرو هستند و بر عملکرد تحصیلی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

روش‌ها: این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا آمیخته بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش در بخش کیفی شامل خبرگان تربیت اخلاقی بود که با توجه به اصل اشباع نظری، تعداد ۱۰ نفر از آن‌ها با روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه در بخش کمی شامل ۹۶ دانشجوی دندانپزشکی و ۱۳۹ دانشجوی پزشکی بود که با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. آنالیز داده‌های کمی با استفاده از آزمون خی دو انجام شد.

یافته‌ها: عملکرد تحصیلی دانشجویان تحت تأثیر مدت‌زمان تحصیل، فعالیت‌های فوق‌برنامه، وضعیت سکونت و شرایط اقتصادی آن‌هاست. چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی در دانشگاه شامل سه مقوله دینی و اعتقادی، رسانه‌ای و فرهنگی-اجتماعی با ۱۲ مفهوم است. عواملی مانند گرایش به مد غربی، تردید در باورهای دینی، کاهش تمایل به مناسک مذهبی، وابستگی به موسیقی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای ارتباط با جنس مخالف، قوم‌گرایی و احساس تبعیض، موانعی در مسیر تربیت اخلاقی محسوب شده و تأثیر معناداری بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دارند ($p \geq 0.05$).

نتیجه‌گیری: دانشجویان در طول تحصیل با چالش‌های متعددی مواجه هستند که بر عملکرد تحصیلی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. با اقدامات پیشگیرانه و مداخلات مناسب می‌توان پیشرفت تحصیلی آن‌ها را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان، عوامل آسیب‌زا، تربیت اخلاقی، معنویت، عملکرد تحصیلی.

۱. دانشیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران

۲. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران mohadesa.ghasemi@yahoo.com

۳. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران

مقدمه

دوره تحصیلی دانشگاه، مقطعی حساس در زندگی نیروهای متخصص و فعال هر کشور محسوب می‌شود و با تغییرات عمده‌ای در سبک زندگی، روابط اجتماعی و تعاملات انسانی همراه است (۱). از سوی دیگر، تحولات اجتماعی، فرهنگی و گسترش رسانه‌ها در دهه‌های اخیر، تغییرات شگرفی در نگرش‌ها و ارزش‌های اجتماعی ایجاد کرده است. در این میان، دانشجویان به دلیل شرایط سنی و اجتماعی خاص خود، بیش از سایر گروه‌های سنی تحت تأثیر این تحولات قرار می‌گیرند و پذیرای نگرش‌ها و سبک‌های نوین زندگی هستند (۲). با این حال، برخی از این تغییرات ممکن است موجب بروز چالش‌های هیجانی شوند که بر عملکرد تحصیلی تأثیرگذار است (۱).

تربیت اخلاقی نقش مهمی در شکل‌دهی شخصیت، رشد روانی و اجتماعی دانشجویان دارد. همان‌طور که اشاره شد، دوران دانشجویی می‌تواند فرصتی برای تعالی و رشد باشد، اما در صورت عدم مدیریت صحیح، چالش‌ها و تهدیدهایی را نیز به همراه خواهد داشت. تربیت اخلاقی نه تنها موجب کاهش رفتارهای نامطلوب می‌شود، بلکه می‌تواند عملکرد تحصیلی و توانمندی‌های اجتماعی دانشجویان را بهبود بخشد. از این رو، شناسایی چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی، که به دلیل ماهیت رشته خود با استرس‌های بیشتری مواجه هستند، ضروری است (۴).

عملکرد تحصیلی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی و محیطی قرار دارد. این عوامل شامل توانایی‌های ذهنی، اجتماعی و عاطفی از یک سو و متغیرهای انگیزشی مانند علاقه، پشتکار و سیستم پاداش از سوی دیگر است (۳). از این رو، پژوهش و برنامه‌ریزی برای شناسایی موانع تربیت اخلاقی در محیط دانشگاهی که می‌تواند بر عملکرد تحصیلی، انگیزه و آینده شغلی دانشجویان اثر بگذارد، ضروری به نظر می‌رسد.

بیشتر پژوهش‌های پیشین بر عوامل آموزشی، نقش اساتید و سیستم‌های آموزشی تمرکز داشته‌اند، اما پژوهش‌های کمتری به بررسی موانع تربیت اخلاقی در بستر عوامل اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی پرداخته‌اند. در حالی که شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تعهد به مسئولیت‌های تحصیلی تأثیر مستقیمی بر عملکرد دانشجویان دارد، نه تنها در محیط دانشگاهی، بلکه در سایر محیط‌های آموزشی مانند مدارس نیز این رابطه مشاهده شده است (۵).

مطالعات مختلف عوامل متعددی را بر افت تحصیلی مؤثر دانسته‌اند. به‌عنوان مثال، برخی تحقیقات نشان داده‌اند که گرایش‌های آسیب‌زای عاطفی در پسران، منجر به کاهش عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌شود (۹). همچنین، پژوهش‌های موریسی و تالابی (۱۰) و رضوانی و عجم (۱۱) نشان داده‌اند که استفاده مفرط از شبکه‌های اجتماعی و تلفن همراه، زمان خواب را کاهش داده و به افت تحصیلی منجر می‌شود.

برخی دیگر از مطالعات، وضعیت اقتصادی و محل سکونت (۱۲، ۱۳)، ترم و مقطع تحصیلی (۱۴)، رشته تحصیلی (۱۵) و وضعیت تأهل (۱۶) را به‌عنوان عوامل مؤثر بر عملکرد تحصیلی معرفی کرده‌اند. با این حال، اکثر این مطالعات بیشتر بر عوامل آموزشی متمرکز بوده‌اند و کمتر به نقش عوامل اخلاقی، اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی در عملکرد تحصیلی پرداخته‌اند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها و موانع اعتلای تربیت اخلاقی و بررسی اثرات آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است.

روش پژوهش

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا ترکیبی (کیفی و کمی) بود.

بخش کیفی پژوهش

جامعه پژوهش در بخش کیفی، خبرگان حوزه تربیت اخلاقی بودند که با توجه به اصل اشباع نظری، ۱۰ نفر از آنان با روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا سه نفر از اساتید گروه‌های علمی اخلاق و متخصصان علوم تربیتی و تربیت اخلاقی بر اساس معیارهایی مانند سابقه تدریس بیش از ۱۰ سال در این حوزه و داشتن مقالات و کتاب‌های مرتبط انتخاب شدند (نمونه‌گیری هدفمند). سپس در مرحله دوم، محقق برای شناسایی متخصصان دیگر از نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده کرد. در این روش، هر شرکت‌کننده فرد دیگری را معرفی می‌کند و این روند تا شناسایی تعداد کافی از متخصصان ادامه می‌یابد. این روش به محقق امکان می‌دهد به افراد متخصصی که دسترسی به آن‌ها دشوار است، دست یابد.

در این پژوهش، شرکت‌کنندگان مصاحبه‌شده، افراد دیگری را که در شرایط مشابه بودند و اطلاعات مفیدی داشتند، معرفی کردند و روند مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. در نهایت، ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته شرکت کردند.

برای اجرای این بخش از پژوهش، ابتدا محققان با بررسی اسناد و مدارک، عوامل مؤثر بر تربیت اخلاقی را شناسایی کرده و بر اساس آن‌ها، سؤالاتی برای مصاحبه با خبرگان طراحی کردند. سپس با هماهنگی تلفنی و حضوری، زمان و مکان مصاحبه تعیین و مصاحبه‌ها به صورت فردی انجام شد.

سؤالات مصاحبه شامل موارد زیر بود:

با چه آسیب‌ها و چالش‌هایی در دانشگاه مواجه شده‌اید؟
به نظر شما، چه عوامل بازدارنده یا تقویت‌کننده‌ای بر تربیت اخلاقی دانشجویان تأثیر دارند؟

موانع اخلاقی، ارزشی و اجتماعی مرتبط با افت تحصیلی

دانشجویان چیست؟

ضعف تربیت اخلاقی دانشجویان چه تأثیری بر عملکرد تحصیلی آن‌ها دارد؟
پس از تحلیل مصاحبه‌ها، یک پرسش‌نامه بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده طراحی شد.

بخش کمی پژوهش

جامعه مورد مطالعه در بخش کمی شامل ۸۵۰ دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۱ بود. تعدادی از دانشجویان به دلیل کارآموزی در دانشگاه حضور نداشتند یا در شهرهای دیگر مشغول کارآموزی بودند. با توجه به این محدودیت‌ها، روش نمونه‌گیری غیر احتمالی به‌عنوان راهکاری منطقی انتخاب شد. در مجموع، ۲۶۳ پرسش‌نامه توزیع شد و ۲۳۵ پرسش‌نامه تکمیل و بررسی گردید. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان^۱ تعیین شد (۲۸).

در این مطالعه، آخرین معدل کل دانشجویان به‌عنوان شاخص عملکرد تحصیلی در نظر گرفته شد. دانشجویانی با معدل زیر ۱۵ به‌عنوان دارای افت تحصیلی و دانشجویانی با معدل ۱۵ و بالاتر (بدون مشروطی) به‌عنوان فاقد افت تحصیلی طبقه‌بندی شدند (۱۷).

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذراندن حداقل یک ترم تحصیلی و تمایل به شرکت در پژوهش بود، درحالی‌که دانشجویان ترم اول (فاقد معدل) و دانشجویان سال آخر که در کارآموزی بودند، از مطالعه خارج شدند.

نحوه توزیع و تکمیل پرسش‌نامه

پرسش‌نامه‌ها داخل پاکت به دانشجویان ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد که نام خود را درج نکنند. دانشجویان پس از

تکمیل پرسش نامه، آن را در جعبه‌ای که در دفتر انجمن علمی دانشجویان قرار داده شده بود، انداختند.

ساختار پرسش نامه

پرسش نامه نهایی شامل ۲۹ سؤال بود که در دو بخش تنظیم شد:

الف) سؤالات زمینه‌ای شامل مشخصات دانشجوی و فعالیت‌های درسی و غیردرسی

ب) ۱۲ سؤال درباره میزان موافقت دانشجویان با موضوعات موردبررسی، با استفاده از مقیاس سه‌نقطه‌ای

روایی محتوایی پرسش نامه از طریق نسبت روایی محتوا^۱، و

شاخص روایی محتوا^۲ بررسی شد (۱۸). پنج نفر از اساتید پرسش نامه را ارزیابی کردند و سوالاتی که مقدار شاخص روایی محتوایی آن‌ها کمتر از ۰/۹۹ بود، حذف شدند. پذیرش آیتم‌ها بر اساس شاخص والتز و باسل^۳ انجام شد و مواردی با امتیاز بیشتر از ۰/۷۹ تأیید گردید. با توجه به استفاده از مقیاس‌های استاندارد و همسویی با مطالعات مشابه، اعتبار محتوایی پرسش نامه تأیید شد (۳۰، ۲۹).

پایایی پرسش نامه از طریق اجرای آزمون مقدماتی روی ۱۰ دانشجو در دو مرحله (به فاصله یک هفته) بررسی شد. مقدار آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است.

جدول ۱. بررسی شاخص روایی محتوایی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
شاخص روایی محتوایی	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷
سؤال	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	-
شاخص روایی محتوایی	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷

قیاس محتمل استفاده شده است تا در وضعیت عمل‌گرایانه، ارتباط بین داده‌های تجربی و استقرایی در این حوزه حفظ شود. در جدول زیر مقولات باز و محوری استخراج شده گزارش شده است:

تجزیه و تحلیل کمی داده‌ها

از ۲۳۵ نفر دانشجوی شرکت‌کننده، ۴۰/۹ درصد از دانشجویان رشته دندانپزشکی بودند ۵۹/۱ درصد از دانشجویان پزشکی بودند. ویژگی‌های دیگر را می‌توان در جدول (۳) مشاهده کرد.

روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد. برای مقایسه فراوانی طبقات مختلف، از آزمون خی‌دو با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

همچنان که ذکر شد مصاحبه‌های انجام‌شده بعد از فرایند پردازش، مورد تحلیل کیفی قرار گرفته و گزاره‌های آن استخراج شده و بر این اساس مقولات باز و محوری آن بر ساخت شد. در فرایند تحلیل مقولات باز و محوری از منطق اکتشاف

2 Content validity index

3 Waltz and Basel

1 Content validity ratio

جدول ۲. چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان

مقوله هسته	مقوله‌ها (کدگذاری محوری)	مفهوم‌ها (کدگذاری باز)
چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان	چالش‌های اعتقادی	- گرایش به مد و سبک پوشش غربی - تردید در باورها و اعتقادات دینی - سست شدن گرایش به ادای مناسک مذهبی - بی‌مفهوم شدن اسلام و گرایش به غرب و یا سایر ادیان کاذب
	چالش‌های رسانه‌ای	- مشاهده فیلم‌های پرحاشیه و علاقه به تقلید از رفتارهای پرخطر خواننده‌ها و بازیگران - وابستگی و گرایش بیش‌ازحد به موسیقی - مکالمات تلفنی طولانی مدت - استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی برای آشنایی و گفت‌وگو با جنس مخالف - مد شدن رفتارهای آسیب‌زا در جامعه و گرایش به همگرایی با جمع (مثلاً رواج مصرف قلیان و سیگار، مشروبات الکلی و...)
	چالش‌های اجتماعی و فرهنگی	- احساس بی‌هنجاری و نابسامانی در نظام آموزش آکادمیک - احساس پارتی‌بازی و رابطه‌گرایی در جامعه - قوم‌گرایی، احساس محدودیت و تبعیض و بی‌پاسخ ماندن ارزش‌ها و مطالبات قومی - احساس نامناسب بودن شرایط عمومی کشور (فقدان رفاه اجتماعی، فقدان ثبات اقتصادی، ضعف مدیریت، قوانین نامناسب)

جدول ۳. اطلاعات توصیفی

متغیر	تعداد	درصد	
رشته	دندانپزشکی	۹۶	۴۰/۹۰
	پزشکی	۱۳۹	۵۹/۱۰
	مجرد	۱۸۷	۷۹/۶۰
تأهل	متأهل	۴۸	۲۰/۴۰
	منزل	۱۱۲	۴۷/۷۰
سکونت	خوابگاه	۱۲۳	۵۲/۳۰
	اول	۵۲	۲۲/۱۵
	دوم	۳۹	۱۶/۶۵
سال	سوم	۴۴	۱۸/۹۰
	چهارم	۳۴	۱۴/۸۰
	پنجم	۶۴	۲۷/۵
تحصیلات پدر	پایین‌تر از دیپلم	۶۸	۲۸/۹۰
	دیپلم	۸۰	۳۴
	لیسانس	۶۱	۲۶
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲۶	۱۱/۱۰
وضعیت درآمد خانوار	خوب	۶۱	۲۶
	متوسط	۱۰۲	۴۳/۴۰
	ضعیف	۷۲	۳۰/۶۰

نسبت ضعیف‌تری دارند. افزایش نسبی فعالیت‌های غیردرسی نیز بر میزان افت تحصیلی تأثیر می‌گذارد. دانشجویانی که میزان ساعات بیشتری را صرف فعالیت‌های غیردرسی می‌کنند افت تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند.

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، بین رشته تحصیلی دانشجویان ($\chi^2=2/260, p > 0/05$)، وضعیت تأهل ($\chi^2=0/294, p > 0/05$) تحصیلات پدر ($\chi^2=2/097, p > 0/05$) و میانگین مطالعه روزانه ($p > 0/05$)، رابطه‌ای یافت نشد.

همان‌طور که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد عملکرد تحصیلی دانشجویان به‌وضوح به مدت‌زمان تحصیل آن‌ها در دانشگاه ($\chi^2=29/652, > 0p/05$)، مدت‌زمان انجام فعالیت غیردرسی ($\chi^2=7/87, > 0p/05$)، وضعیت سکونت آن‌ها ($\chi^2=4/274, p=0/05$) و وضعیت اقتصادی و درآمد آن‌ها ($\chi^2=14/475, > 0p/05$) مرتبط است. دانشجویان سال اولی افت تحصیلی بیشتری دارند. این موضوع همچنین در مورد دانشجویانی که ساکن خوابگاه هستند صدق می‌کند. سطح اقتصادی خانواده نیز برافت تحصیلی دانشجویان تأثیر می‌گذارد. دانشجویان با وضعیت اقتصادی ضعیف عملکرد تحصیلی به

جدول شماره ۴. وضعیت افت تحصیلی دانشجویان برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

Sig	آزمون‌خی دو	وضعیت افت تحصیلی			ویژگی	
		تعداد کل	دارد	ندارد		
۰/۱۴۵	۲/۲۶۰	۹۶	۵۱	۴۵	دندانپزشکی	رشته
		۱۳۹	۶۰	۷۹	پزشکی	
۰/۶۲۹	۰/۲۹۴	۱۸۷	۹۰	۹۷	مجرد	تأهل
		۴۸	۲۱	۲۷	متأهل	
۰/۰۵	۴/۲۷۴	۱۱۲	۴۵	۶۷	منزل	سکونت
		۱۲۳	۶۶	۵۷	خوابگاه	
۰/۰۰۰	۲۹/۶۵۲	۵۲	۳۱	۲۱	سال اول (ترم دوم)	مدت‌زمان تحصیل
		۳۹	۱۳	۲۶	سال دوم	
		۴۴	۱۳	۳۱	سال سوم	
		۳۴	۲۸	۶	سال چهارم	
		۶۴	۲۶	۳۸	سال پنجم و بالاتر	
۰/۵۵۲	۲/۰۹۷	۶۸	۳۵	۳۳	پایین‌تر از دیپلم	تحصیلات پدر
		۸۰	۳۳	۴۷	دیپلم	
		۶۱	۲۹	۳۲	لیسانس	
۰/۰۰۱	۱۴/۴۷۵	۲۶	۱۴	۱۲	فوق‌لیسانس و بالاتر	وضعیت درآمد خانوار
		۶۱	۲۱	۴۰	خوب	
		۱۰۲	۴۳	۵۹	متوسط	
۰/۰۴۹	۷/۸۷	۷۲	۴۷	۲۵	ضعیف	میزان فعالیت‌های غیردرسی
		۴۴	۲۳	۲۱	بیشتر از ۳ ساعت	
		۱۰۴	۴۸	۵۶	بین ۲ تا ۳ ساعت	
		۳۴	۱۰	۲۴	بین ۱ تا ۲ ساعت	
۰/۵۰۹	۲/۳۲۱	۵۳	۱۶	۳۷	کمتر از یک ساعت	میانگین مطالعه درسی روزانه
		۸۶	۳۵	۵۱	بیشتر از ۳ ساعت	
		۷۸	۳۷	۴۱	بین ۲ تا ۳ ساعت	
		۲۹	۱۰	۱۹	بین ۱ تا ۲ ساعت	
		۴۲	۱۵	۲۷	کمتر از ۱ ساعت	

با جنس مخالف ($\chi^2=15/354, p > 0/05$)، گرایش به مد و مدگرایی غربی ($\chi^2=11/721, p > 0/05$)، اختصاص زمان طولانی برای گوش دادن به موسیقی در شبانه‌روز ($\chi^2=7/633, p > 0/05$)، تردید در باورها و اعتقادات دینی ($\chi^2=7/151, p > 0/05$)، قوم‌گرایی، احساس محدودیت و بی‌پاسخ ماندن ارزش‌ها و مطالبات قومی ($\chi^2=6/02, p > 0/05$) می‌باشد. بر اساس این تحلیل، چالش‌های دینی و اعتقادی، عملکرد تحصیلی دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و-

برای بررسی رابطه افت تحصیلی دانشجویان به تفکیک عوامل مرتبط احتمالی و تعیین قوی‌ترین میزان همبستگی، از آزمون خیدو استفاده شده است. همان‌طور که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد؛ از دیدگاه دانشجویان از مهم‌ترین عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر عملکرد تحصیلی به ترتیب عبارت‌اند از: سست شدن گرایش به ادای مناسک مذهبی ($\chi^2=22/689, p > 0/05$)، مکالمات تلفنی طولانی‌مدت ($\chi^2=15/968, p > 0/05$)، استفاده بیش‌ازحد از فضای مجازی برای آشنایی و گفت‌وگو

جدول ۵. توزیع فراوانی دانشجویان برحسب وضعیت افت تحصیلی به تفکیک عوامل و چالش‌های احتمالی

Sig	خی دو	افت تحصیلی وضعیت			متغیر	چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی
		تعداد کل	ندارد	دارد		
۰/۰۰۳	۱۱/۷۲۱	۴۳	۱۴	۲۹	تعداد زیاد	گرایش به مد و سبک پوشش غربی
			۳۲/۵۶	۶۷/۴۴	درصد	
		۴۳	۱۴	۲۹	تعداد کم	
			۳۲/۵۶	۶۷/۴۴	درصد	
		۱۴۹	۸۳	۶۶	تعداد اصلاً	
			۵۵/۷۰	۴۴/۳۰	درصد	
۰/۰۲۸	۷/۱۵۱	۵۵	۲۴	۳۱	تعداد زیاد	تردید در باورها و اعتقادات دینی
			۴۲/۶۴	۵۶/۳۶	درصد	
		۷۳	۲۷	۴۶	تعداد کم	
			۳۶/۹۹	۶۳/۰۱	درصد	
		۱۰۲	۵۸	۴۴	تعداد اصلاً	
			۵۶/۸۷	۴۳/۱۳	درصد	
۰/۰۰۰۱	۲۲/۶۸۹	۵۵	۱۹	۳۶	تعداد زیاد	سست شدن گرایش به ادای مناسک مذهبی
			۳۴/۵۵	۶۵/۴۵	درصد	
		۸۹	۳۱	۵۸	تعداد کم	
			۳۴/۸۳	۶۵/۱۷	درصد	
		۹۰	۶۰	۳۰	تعداد اصلاً	
			۶۶/۶۷	۳۳/۳۳	درصد	
۰/۲۵۴	۱/۴۰	۸۹	۴۶	۴۳	تعداد زیاد	بی‌مفهوم شدن اسلام و گرایش به غرب
			۵۱/۶۸	۴۸/۳۲	درصد	
		۵۸	۲۲	۳۶	تعداد کم	
			۳۷/۹۴	۶۲/۰۶	درصد	
		۸۸	۴۳	۴۵	تعداد اصلاً	
			۴۸/۸۶	۵۱/۱۴	درصد	
۰/۱۷۲	۳/۵۲۴	۴۵	۱۷	۲۸	تعداد زیاد	علاقه به تقلید از رفتارهای پرخطر در فیلم‌ها
			۳۷/۷۸	۶۲/۲۲	درصد	
		۵۱	۲۹	۲۲	تعداد کم	
			۵۶/۸۶	۴۳/۱۴	درصد	
		۱۳۹	۶۵	۷۴	تعداد اصلاً	
			۴۶/۷۶	۵۳/۲۴	درصد	

Sig	خی دو	افت تحصیلی وضعیت			متغیر	چالش‌های اعتلای تربیت اخلاقی	
		تعداد کل	ندارد	دارد			
۰/۰۲۲	۷/۶۳۳	۴۹	۱۶	۳۳	تعداد زیاد	چالش‌های رسانه‌ای	
			۳۲/۶۵	۶۷/۳۵	درصد		
		۴۶	۲۸	۱۸	تعداد کم		گوش دادن به موسیقی در شبانه‌روز
			۶۰/۸۷	۳۹/۱۳	درصد		
		۱۴۰	۶۷	۷۳	تعداد اصلاً		
			۴۷/۸۶	۵۲/۱۴	درصد		
۰/۰۰۰۱	۱۵/۹۶۸	۸۷	۲۷	۶۰	تعداد زیاد	مکالمات تلفنی طولانی‌مدت	
			۳۱/۰۳	۶۸/۹۷	درصد		
		۸۳	۴۳	۴۰	تعداد کم		
			۵۱/۸۱	۴۸/۱۹	درصد		
		۶۲	۳۹	۲۳	تعداد اصلاً		
			۶/۹۰۳	۳۷/۰۹۷	درصد		
۰/۰۰۰۱	۱۵/۳۵۴	۱۱۰	۳۹	۷۱	تعداد زیاد	استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی برای آشنایی و گفت‌وگو با جنس مخالف	
			۳۵/۴۵	۶۴/۵۵	درصد		
		۵۱	۲۴	۲۷	تعداد کم		
			۴۷/۰۶	۵۲/۹۴	درصد		
		۷۴	۴۸	۲۶	تعداد اصلاً		
			۶۴/۸۶	۳۵/۱۴	درصد		
۰/۲۲۰	۳/۰۲۴	۴۱	۲۴	۱۷	تعداد زیاد	مد شدن رفتارهای آسیب‌زا در جامعه و گرایش به همگرایی با جمع	
			۵۸/۵۴	۴۱/۴۶	درصد		
		۶۳	۲۶	۳۷	تعداد کم		
			۴۱/۲۷	۵۸/۷۳	درصد		
		۱۳۱	۶۱	۷۰	تعداد اصلاً		
			۴۶/۵۶	۵۳/۴۴	درصد		
۰/۶۹۰	۰/۷۴۲	۱۳۳	۸۰	۵۳	تعداد زیاد	احساس بی‌هنجاری و نابسامانی در نظام آموزش	
			۶۰/۱۵	۳۹/۸۵	درصد		
		۷۴	۴۰	۳۴	تعداد کم		
			۵۴/۰۵	۴۵/۹۵	درصد		
		۲۷	۱۶	۱۱	تعداد اصلاً		
			۵۹/۲۶	۴۰/۷۴	درصد		
۰/۱۷۵	۳/۴۸۶	۲۹	۹	۲۰	تعداد زیاد	احساس پارتی‌بازی و رابطه‌گرایی در جامعه	
			۳۱/۰۳	۶۸/۹۷	درصد		
		۶۹	۳۴	۳۵	تعداد کم		
			۴۹/۲۸	۵۰/۷۲	درصد		
		۱۳۷	۶۸	۶۹	تعداد اصلاً		
			۴۹/۶۴	۵۰/۳۶	درصد		
۰/۰۴۹	۶/۰۲	۴۸	۱۷	۳۱	تعداد زیاد	قوم‌گرایی، احساس محدودیت و تبعیض	
			۳۵/۴۲	۶۴/۵۸	درصد		
		۶۰	۲۵	۳۵	تعداد کم		
			۴۱/۶۷	۵۸/۳۳	درصد		
		۱۲۵	۶۸	۵۷	تعداد اصلاً		
			۵۴/۴۰	۴۵/۶۰	درصد		

است به جای تمرکز بر تحصیل، بیشتر به دنبال تأیید اجتماعی و پیروی از ترندهای مد باشند. این امر می‌تواند به بی‌رغبتی و گریز از دین و سست شدن هویت دینی و اخلاقی آن‌ها منجر شود و در نتیجه، عملکرد تحصیلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۲۹).

- چالش‌های رسانه‌ای نیز به‌عنوان یکی دیگر از موانع عمده اعتلای تربیت اخلاقی مطرح شدند. مشاهده فیلم‌های پرحاشیه و تقلید از رفتارهای پرخطر می‌تواند به افزایش حواس‌پرتی و کاهش تمرکز بر تحصیل منجر شود. وابستگی به رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی می‌تواند زمان و انرژی دانشجویان را به خود اختصاص دهد و در نتیجه، از میزان مطالعه و فعالیت‌های تحصیلی آن‌ها بکاهد. دانشمندان نقش این رسانه‌ها را در تربیت و شکل دادن شخصیت افراد جامعه مؤثر می‌خوانند و بر این باورند که رسانه‌های جمعی می‌توانند، هنجارها و ارزش‌های اخلاقی را تقویت یا تضعیف سازند (۳۳).

مسائل اجتماعی و فرهنگی نیز به‌عنوان چالش‌های مهمی که زمینه‌ساز آسیب‌های اخلاقی می‌شوند، شناسایی شدند. رفتارهای آسیب‌زا در جامعه و احساس بی‌هنجاری می‌تواند به افت تحصیلی منجر شود. شرایط اقتصادی نامناسب و ناامیدی ناشی از آن، به‌ویژه در قشر جوان، می‌تواند به کاهش انگیزه و افت ارزش‌های اخلاقی منجر شود. این ناامیدی ممکن است در اشکالی مانند تقلب در پایان‌نامه‌ها و کاهش تلاش تحصیلی خود را نشان دهد (۳۱).

نتایج در بخش کمی نشان داد که عوامل متعددی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان تأثیر می‌گذارد. افت تحصیلی دانشجویان به‌وضوح به مدت زمان تحصیل، فعالیت‌های غیردرسی، وضعیت سکونت و وضعیت اقتصادی مرتبط است. به‌طور خاص، با افزایش سال‌های تحصیل، تمایل به تلاش و مطالعه افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که دانشجویان سال آخر نسبت به سال‌های پایین‌تر افت تحصیلی کمتری دارند. مطالعات مشابه نیز نشان داده‌اند که میزان افت تحصیلی در دانشجویان مقاطع کارشناسی و سال‌های

تأثیرات منفی زیادی بر عملکرد تحصیلی آن‌ها می‌گذارد بدین مفهوم که در بعد اعتقادی و مناسکی هر میزان که دانشجویان رغبت و گرایش کمتری به انجام مناسک دینی داشته باشند افت تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند.

استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه، رسانه‌ها و شبکه‌های ارتباطی نیز بر عملکرد تحصیلی دانشجویان تأثیر منفی دارد به طوری‌که منجر به تنزل عملکرد تحصیلی آن‌ها شده است.

احساس تبعیض و بی‌پاسخ ماندن ارزش‌ها و مطالبات قومی یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر افت تحصیلی دانشجویان محسوب می‌شود دانشجویان با موقعیت چند فرهنگی یا پایگاه اجتماعی و فرهنگی متفاوت افت تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند.

از دیدگاه دانشجویان عواملی که به‌طور معنی‌داری با عملکرد تحصیلی آن‌ها مرتبط نیست عبارت‌اند از: بی‌مفهوم شدن اسلام و گرایش به غرب، دیدن فیلم‌های پرحاشیه و علاقه به تقلید از رفتارهای خواننده‌ها و بازیگران، احساس پارتی‌بازی و رابطه‌گرایی در جامعه.

بحث

اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان نیازمند شناسایی چالش‌های موجود در این حوزه و اتخاذ تدابیر و راهبردهای مؤثر است. پژوهش حاضر به دنبال شناسایی چالش‌های اساسی اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان در ابعاد مختلف بود و بر اساس دیدگاه صاحب‌شوندگان، سه چالش عمده شامل چالش‌های اعتقادی، چالش‌های رسانه‌ای و چالش‌های اجتماعی و فرهنگی شناسایی شد.

- در خصوص چالش‌های اعتقادی، مواردی چون گرایش به مد و سبک پوشش غربی، تردید در باورها و اعتقادات دینی، سست شدن گرایش به ادای مناسک مذهبی و بی‌مفهوم شدن اسلام مطرح شد. این چالش‌ها می‌توانند منجر به کاهش انگیزه تحصیلی و افت تحصیلی شوند، زیرا دانشجویان ممکن

پایین‌تر به‌طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان سال‌های بالاتر و دکترای حرفه‌ای است (۲۰، ۱۹).

نکته قابل توجه این است که بین ساعات مطالعه دانشجویان با بدون افت تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد. این نشان می‌دهد که دانشجویان دارای افت تحصیلی به اندازه دانشجویان بدون افت تحصیلی مطالعه می‌کنند، اما ممکن است به دلیل عدم برنامه‌ریزی و رعایت اصول صحیح مطالعه، نتایج مطلوبی کسب نکنند. در مطالعه رحیمی و همکاران (۱۶) نیز رابطه معنی‌داری بین نوع مطالعه و افت تحصیلی مشاهده نشد. در خصوص وضعیت سکونت، سایر مطالعات انجام شده نیز نشان دادند که دانشجویان خوابگاهی و آن‌هایی که درآمد پایین‌تری دارند، افت تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۱-۲۳، ۱۲، ۱۳، ۲۵).

در نهایت، این پژوهش نشان می‌دهد که برای بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان، نیاز به برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای با تمرکز بر تقویت ارزش‌های اخلاقی و دینی، کاهش تأثیرات منفی رسانه‌ها و بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی وجود دارد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به شناسایی چالش‌های اساسی در اعتلای تربیت اخلاقی دانشجویان پرداخته و سه چالش عمده شامل چالش‌های اعتقادی، رسانه‌ای و اجتماعی-فرهنگی را شناسایی کرده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که این چالش‌ها به‌طور قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان تأثیر می‌گذارند و به‌ویژه در زمینه افت تحصیلی و کاهش انگیزه تحصیلی نقش دارند.

نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با یافته‌های سایر مطالعات داخلی و بین‌المللی همخوانی دارد. به‌عنوان مثال، در کشورهای غربی نیز تأثیر مدگرایی بر کاهش علاقه به مطالعه و افت تحصیلی مشاهده شده است (۳۴). این یافته‌ها نشان می‌دهند

که چالش‌های اعتقادی و رسانه‌ای در سطح جهانی نیز به‌عنوان موانع جدی در مسیر تربیت اخلاقی و تحصیلی دانشجویان مطرح هستند. نتایج مطالعه پایان فرد (۲۶) نیز نشان داد که بین مدگرایی و علاقه به مطالعه رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد هرچه گرایش افراد به مد و مدل‌های جدید افزایش یابد، تمایل آن‌ها به مطالعه و یادگیری کاهش می‌یابد.

در خصوص چالش‌های رسانه‌ای، وابستگی به رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان عاملی مؤثر در کاهش تمرکز و حواس‌پرتی شناخته شده است. این موضوع در سایر مطالعات نیز تأیید شده و نشان می‌دهد که نوجوانانی که زمان بیشتری را صرف شبکه‌های اجتماعی می‌کنند، زمان کمتری برای خواب و مطالعه دارند و با سطوح پایین‌تری از پیشرفت تحصیلی روبرو می‌شوند (۱۰، ۱۱، ۲۷).

همچنین نتایج نشان داد که مسائل اجتماعی-فرهنگی به‌عنوان یکی از چالش‌های تأثیرگذار برافت تحصیلی دانشجویان شناخته می‌شوند. این مسائل شامل احساس بی‌هنجاری، احساس تبعیض و فشارهای اقتصادی که می‌توانند به‌طور مستقیم بر انگیزه تحصیلی و عملکرد دانشجویان تأثیر بگذارند.

نتایج این مطالعه با یافته‌های سایر پژوهش‌ها در سطح بین‌المللی همخوانی دارد. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای که توسط رام برگر (۲۰۰۸)، انجام شده است، نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی و اقتصادی، از جمله وضعیت خانوادگی و فشارهای اجتماعی، به‌طور قابل توجهی بر نرخ افت تحصیلی در دانش‌آموزان و دانشجویان تأثیر می‌گذارد. این مطالعه تأکید می‌کند که دانشجویانی که با چالش‌های اجتماعی بیشتری مواجه هستند، احتمال بیشتری دارد که در تحصیل خود با مشکلاتی روبرو شوند و در نتیجه، عملکرد تحصیلی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳۵).

برای مقابله با این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی طراحی شوند که بر مهارت‌های مقابله با فشارهای

به‌طورکلی، فرضیه‌ای که از این نتایج نشأت می‌گیرد این است که اگر چالش‌های اعتقادی، رسانه‌ای و اجتماعی-فرهنگی به‌طور مؤثر مدیریت شوند، می‌توانند به بهبود عملکرد تحصیلی و تربیت اخلاقی دانشجویان کمک کنند. این فرضیه می‌تواند در مطالعات آینده موردبررسی و تأیید قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از تمامی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی شرکتکننده در این مطالعه، مدیران گروه‌های آموزشی، معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکر و قدردانی می‌گردد.

رسانه‌ای و مدیریت زمان تمرکز داشته باشند. به‌عنوان مثال، "طراحی برنامه درسی با محوریت مهارت‌های مقابله با اشاره‌ای رسانه‌ای" و "اجرای دوره‌های آموزشی مدیریت زمان" می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا تعادل بهتری بین فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی خود برقرار کنند.

درنهایت، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که برای بهبود وضعیت تربیت اخلاقی و تحصیلی دانشجویان، نیاز به اتخاذ تدابیر مؤثر و جامع وجود دارد. این تدابیر باید شامل برنامه‌های آموزشی، مشاوره‌ای و اجتماعی باشد که به تقویت هویت دینی و اخلاقی دانشجویان کمک کند و آن‌ها را در مواجهه با چالش‌های موجود یاری دهد.

References

- Poorafkary N. *Psychic medicine summary*. Tabriz: Tabesh; 1995. [Persian]
- Seyedan F, Najafinejad N. Investigation of the effective elements upon the girls' attitudes toward relationship with opposite sex. *J Soc Sci*. 2013; 15(1):89-118. [Persian]
- Sajadi R, Karamdoost N, Dorrani K, Salehi K, and Moghaddamzadeh A. Exploring the key success factors of top people in the university entrance exam. *High Educ Curric Stud*. 2017; 8(16):163-90. [Persian]
- Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *J Sci Study Relig*. 2003; 42(1):43-55.
- Garton BL, Dyer JE, King BO. Factors associated with the academic performance and retention of college agriculture students. *NACTA J*. 2001; 21(1):21-7.
- McCaslin M, Good TL. A study of comprehensive school reform programs in Arizona. *Teach Coll Rec*. 2008; 110(11):2319-40.
- Jones MG, Wheatley J. Gender differences in teacher-student interactions in science classrooms. *J Res Sci Teach*. 1990; 27(9):861-74.
- Golparvar M. Public health of students as a function of religious orientation, religious commitment, and beliefs in a just world. *Islam Stud Psychol*. 2009; 3(4):43-64. [Persian]
- Ranjdoost S. The effect of boys' emotionally harmful tendencies towards the opposite sex on their educational performance. *Educ Psychol*. 2015; 11(36):39-58. [Persian]
- Morsy AA, Shalaby NS. The use of technology by university adolescent students and its relation to attention, sleep, and academic achievement. *J Am Sci*. 2012; 8(1):264-70.
- Rezvany A, Ajam M. The relationship between the use of virtual social networks with academic achievement and students' confidence in interpersonal relations at Birjand University of Medical Sciences. *Med Educ Dev*. 2017; 9(24):33-43. [Persian]
- Schmid C, Abell P. Demographic risk factors, study patterns, and campus involvement as related to student success among Guilford Technical Community College students. *Community Coll Rev*. 2003; 31(1):1-16.
- Peterson JS. A follow-up study of one group of achievers and underachievers four years after high school graduation. *Roeper Rev*. 2000; 22(4):217-24.
- Esmailpour-Bandboni M, Naderi Shad S, Kobrai F, Gholami-Chaboki B. Students' viewpoints about academic failure and some related factors in Guilan University of Medical Sciences. *Res Med Educ*. 2017; 9(3):65-72. [Persian]
- Atashkar H, Sohrabi Z, Bigdeli S, Bahari F. The relationship between achievement motivation and scholar satisfaction among medical, dentistry and pharmacy senior students of Tehran University of Medical Sciences. *Med Purif*. 2014; 23(1):21-34. [Persian]
- Rahimi B, Kazemi N, Mohammadpour Y, Rahmatnejad L, Jabbari N. Evaluation of the factors affecting students' academic failure in Urmia University of Medical Sciences in 1390. *Nurs Midwifery J*. 2013; 11(8):0-0. [Persian]
- Bakouei F, Kheirkhah F, Salmalian H, Omidvar S. Effective factors on educational status of midwifery students in Babol University of Medical Sciences. *Strides Dev Med Educ*. 2010; 7(1):44-50. [Persian]
- Soltaninejad N, Ghorbani A, Salehi M, Fakhrrahimi S. Development of picture verb test for 36-54 month-old normal Persian-speaking children and determination of its validity and reliability. *Audiol*. 2012; 21(3):70-6. [Persian]
- Tagharrobi Z, Fakharian E, Mirhoseini F, Rasoulinejad S, Akbari H, Ameli H. Survey of educational drop-out indexes and its related factors in alumni of paramedical faculty of Kashan Medical University. *J Babol Univ Med Sci*. 2010; 12(Suppl):76-89. [Persian]
- Denison AR, Currie AE, Laing MR, Heys SD. Good for them or good for us? The role of academic guidance interviews. *Med Educ*. 2006; 40(12):1188-91.
- Edalatkhah H, Jahangiri S, Khanbabazadeh M, Amani F, Hashimilir M. The educational situation of graduates in Ardebil University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ*. 2005; 5(2):193-5. [Persian]
- Ghavam M, Poor Malek F, Imani V. Effects of dentistry students' employment on their academic success (2003-2004). *J Iran Dent Assoc*. 2005;

- 17(1):104-12. [Persian]
23. Ghaibi Shah SM, Mahmoudlou R, Mousavi Vaezi SJ, Yekta Z, Pourali R, Kafili M. The rate of academic decline and some underlying factors in medical students of Urmia University of Medical Sciences. *Strides Dev Med Educ*. 2010; 7(2):141-6. [Persian]
 24. Considine G, Zappalà G. The influence of social and economic disadvantage in the academic performance of school students in Australia. *J Sociol*. 2002; 38(2):129-48.
 25. Payanfard N. A study on the effective social factors involving in fashion among girls aged 15-25 in Shiraz [Master's thesis]. Jahrom University; 2000. [Persian]
 26. Babran S, Akhavan M. Study the role and impacts of using cell phones on high school girls. *Commun Cult*. 2011; 1(1):98-118. [Persian]
 27. Bourdieu P. Cultural reproduction and social reproduction. In: Brown R, editor. *Knowledge, education, and cultural change*. London: Tavistock; 1973. p. 178.
 28. Morgan D. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970; 30(1):607-10.
 29. Ranjbar A. Religious identity of youth in the modern era. *Cult Res*. 2019; 8(2):123-40. [Persian]
 30. Sadat Hosseini M. The impact of social networks on youth social behaviors. *J Commun Media*. 2021; 15(1):78-92. [Persian]
 31. Morel GM, Spector JM. *Foundations of educational technology: Integrative approaches and interdisciplinary perspectives*. New York: Routledge; 2022.
 32. Rezaeian M. Essentials and harms of internet ethics. *Tuba*. 2007; 25(2):2-3. Available from: [<https://noors/JQRNs>]. Accessed 24 September 2022. [Persian]
 33. Mahboubi Menesh H. Security and social deviations. *Womens Strateg Stud*. 2012; 18:134-59. [Persian]
 34. Twenge JM, Campbell WK. *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Free Press; 2009

The Challenges of Enhancing Moral Education among Students and Its Negative Impact on Academic Performance: A Case Study of Kerman University of Medical Sciences

Reza Sadeghi¹, Mohadeseh Ghasemi^{2*}, Amir Hossein Moradpour³

Abstract

Objective: This study aims to identify the ethical challenges and adverse effects that medical and dental students at Kerman University of Medical Sciences encounter during their studies and how these challenges influence their academic performance.

Methods: This research is applied in its purpose and utilizes a mixed-methods approach. It was conducted during the 1401 academic year. The qualitative phase involved moral education experts, with 10 participants selected through purposive and snowball sampling until theoretical saturation was reached. The quantitative phase included 96 dental students and 139 medical students, selected using a convenience sampling method. Quantitative data were analyzed using the chi-square test.

Findings: Students' academic performance was found to be associated with their duration of study at the university, participation in extracurricular activities, residence status, and economic circumstances. Based on participants' perspectives, the challenges of enhancing moral education at the university were classified into 12 concepts within three main categories: religious and belief-related challenges, media challenges, and cultural and social challenges. The findings indicate that these challenges significantly impact students' academic performance ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Students encounter numerous challenges during their academic journey that negatively affect their performance. Implementing preventive measures and targeted interventions can enhance their academic progress.

Keywords: Students, risk factors, moral education, spirituality, academic performance

1. Associate Prof, Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran

2*. Corresponding author: Msc, Educational Management, Sirjan School of Medical sciences, Sirjan, Iran mohadesa.ghasemi@yahoo.com

3. Assistant Prof, Department of Islamic Education, Sirjan School of Medical sciences, Sirjan, Iran

تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلابه سرطان

فاطمه علایی کرهودی^{۱*}، فاطمه السادات سید نعمت اله روشن^۲، شیرین قویدل^۳

چکیده

زمینه و هدف: سرطان در کودکان تأثیرات متعددی بر روی اعضای خانواده برجای می‌گذارد. بی‌تردید مراقبت از کودک مبتلابه سرطان، تأثیری که بر کارکرد خانواده بر جای می‌گذارد حائز اهمیت است. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و جامعه آماری شامل ۶۴ نفر از والدین دارای کودک مبتلابه سرطان بستری در بخش‌های آنکولوژی بیمارستان‌های کودکان منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که به‌صورت غیر تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۲ نفر) تقسیم شدند. ۶ جلسه، بافاصله‌ی یک روز بین جلسات و به مدت ۳۰ دقیقه مداخله مراقبت معنوی برای والدین گروه مداخله با توجه به سرفصل‌های ارائه‌شده بسته مراقبت معنوی، اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت بود ($F=۸۲/۸۹, P<۰/۰۵$) درواقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مراقبت معنوی افزایش معناداری نسبت به کیفیت زندگی و عملکرد والدین در گروه کنترل نوبت دوم داشته است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت معنوی، والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، کیفیت زندگی.

*۱. نویسنده مسئول، استادیار، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. fatemeha71@gmail.com

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

در دوران کودکی و در دهه‌های اخیر افزایش یافته است و ۱۰۲۷۰ مورد جدید و ۱۱۹۰ مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال در سال ۲۰۱۷ گزارش شده است. در ایران نیز بیماری سرطان سومین علت مرگ کودکان و حدود ۴ درصد مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد مرگ کودکان ۵ تا ۱۵ سال را تشکیل می‌دهد (۴). تشخیص سرطان برای والدین کودک بیمار، یکی از تلخ‌ترین و سخت‌ترین تجربیاتی است که می‌تواند باعث بروز مشکلات روان‌شناختی گردد (۵).

خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که به‌صورت یک سیستم عمل می‌کند. یکی از وظایف مهم خانواده کمک به نیازهای اعضای جهت کنار آمدن با تغییرات ناشی از بحران‌های غیرمنتظره از جمله بیماری حاد ناگهانی است؛ و یکی از آن بیماری‌ها سرطان به‌ویژه در کودکان است (۶). ابتلای کودک به سرطان زندگی هر دو والد را دچار تغییرات فراوانی می‌کند. والدین کودک مبتلا به سرطان، اغلب مجبور به تغییر شرایط و عادات زندگی و خانوادگی و برخی از نقش‌ها و وظایفشان می‌باشند. آن‌ها از نظر روانی، تحت تأثیر شرایط فرزند خود بوده و علاوه بر مسئولیت اقتصادی و شغلی و حفظ روابط خانواده بار مراقبت از فرزند خود را نیز به دوش می‌کشند (۴).

خانواده مهم‌ترین سازمان درگیر در بیماری کودک است. بیماری کودک باعث آشفتگی روابط درون خانواده می‌شود (۶). توجه به خانواده بیمار (والدین) از دو جهت اهمیت دارد: اول اینکه خانواده (والدین) اولین مراقبین بیمار محسوب می‌شوند که مراقبت و حمایت فیزیکی-روانی و مالی از بیمار را بر عهده دارند. دوم آنکه پیامدهای بیماری در خانواده و مراقبت از بیمار، شرایط تک‌تک اعضای خانواده را با مخاطره روبه‌رو می‌کند (۷).

اما از طرفی ابتلای کودکان به سرطان بر بعد معنوی خانواده‌های آن‌ها به‌خصوص مراقبان این کودکان تأثیر می‌گذارد (۸). معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران کمک می‌کند که با وضعیت بیماران خود بهتر کنار آیند و در مواجهه با حوادث

سرطان یک بیماری پیچیده ناشی از تغییرات گسترده ژنی است. تغییر در روند تکامل سلول طبیعی مانند انتقال پیام، کنترل چرخه سلولی، ترمیم دی‌ان‌ای^۱ و افتراق سلولی، تنظیم ترجمه ژن‌های حساس و آپوپتوز^۲، باعث فنوتیپ^۳ بدخیم می‌شود. سرطان را نمی‌توان یک بیماری مشخص به حساب آورد، بلکه عنوانی است که برای توصیف اشکال گوناگون نئوپلازی^۴ به کار می‌رود. نئوپلازی نوعی روند بیماری است و با افزایش کنترل نشده سلولی که باعث شکل‌گیری تومور می‌شود، مشخص می‌گردد (۱). سرطان به‌عنوان یک وضعیت جسمانی-روان‌شناختی مزمن، روند زندگی را به‌عنوان فرایندی منظم و تکراری به چالش می‌کشد؛ چالشی که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متعددی را برای فرد، خانواده و اطرافیان به دنبال داشته باشد. سرطان به دلیل ماهیت چالش‌انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری‌های درمانی همواره با سطوح بالای ابهام و با فراز و نشیب‌های هیجانی و روان‌شناختی برای کودک و خانواده همراه است (۲).

سرطان در دوران کودکی با سرطان در دوران بزرگسالی متفاوت است در دوران کودکی اغلب از بافت‌های جنینی ریشه می‌گیرد در حالی که در بزرگسالی اغلب به دلیل درگیر شدن بافت اپیتلیال^۵ ایجاد می‌شود. در مقایسه با سرطان‌های دوران بزرگسالی، سرطان دوران کودکی زمان نهفتگی کوتاهی دارند. تشخیص سرطان در مراحل اولیه دشوار است به این دلیل که علائم و نشانه‌های آن اختصاصی نیست و شباهت زیادی با سایر اختلالات دوران کودکی دارد (۳).

طبق آمار ۲۰۱۷ انجمن سرطان آمریکا نرخ ابتلا به سرطان

- 1 DNA
- 2 Apoptosis
- 3 Phenotype
- 4 Neoplasia
- 5 Epithelial

تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند (۹).

معنویت، بعدی از انسان است که به افراد احساس مناسبی با توجه به فطرت آنان، ظرفیت‌های درونی و منابع تقویتی، تجارب ذهنی مقدس، تعالی فرد به‌سوی خداوند رحمان و یافتن معنایی برای موجودیت فرد که محور هر موجودی است، می‌دهد. بعد معنوی انسان، مجموعه‌های از ارزشها، باورها و نگرشهایی است که با هستی برتر ارتباط دارد و زندگی انسان را هدایت میکند و با تجاری از زندگی که فرد را به تعالی می‌رساند، مرتبط است. پرداختن به نیازهای معنوی، جزء ضروری مراقبت کلنگر در حرفه پرستاری و جزء اساسی عملکرد پرستاری و بخش ضروری و حیاتی مراقبت‌دهنده و جنبه منحصر به فرد مراقبت هست. پرستاری که مدعی است، مراقبت همه‌جانبه ارائه می‌دهد، باید همه نیازها از جمله نیازهای معنوی را تعیین نماید (۱۰).

مراقبت معنوی مجموعه‌ای از تمرینات مبتنی بر معنویت است که جهت بهبودی بیماری و کسب سلامتی نقش‌های مهمی ایفا می‌نماید هدف از این پژوهش تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی و عملکرد والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با ایجاد مداخله در نمونه، عکس‌العمل نمونه مورد پژوهش را مورد بررسی قرار داده و تأثیر متغیر مستقل (مداخله) بر روی متغیر وابسته مورد مطالعه قرارداد. در پژوهش حاضر تأثیر متغیر مستقل مراقبت معنوی و بر روی متغیر وابسته کیفیت زندگی و عملکرد والدین دارای کودک مبتلا به سرطان، مورد مطالعه قرار گرفت.

در این پژوهش جامعه آماری والدین دارای کودک مبتلا به سرطان که به همراه کودکانشان به درمانگاه و یا بخش آنکولوژی مراجعه کرده بودند، در نظر گرفته شد.

با توجه به این مفهوم که در ایران خانواده اصلی، شامل

پدر، مادر و فرزندان می‌باشند، از این‌رو جامعه هدف این پژوهش والدین در نظر گرفته شده است و بر این اساس که در ایران و در بخش اطفال بیمارستان‌ها، مراقبت‌دهنده اصلی مادران هستند، اکثر پرسشنامه‌ها توسط مادران تکمیل گردیده است.

تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و زیر نظر استاد آمار با توان آزمون: ۰/۹۰ و اختلافی به اندازه‌ی: $d=10$ و احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵ اندازه نمونه در هر گروه (مداخله و کنترل) حجم نمونه برابر ۳۲ شد.

با توجه به این که ۴ بیمارستان انتخاب شده بودند و حجم نمونه ۳۲ محاسبه شده بود، جهت تساوی و پراکندگی یکسان، از هر بیمارستان ۸ نمونه برای گروه مداخله، ۸ نمونه برای گروه کنترل انتخاب شدند.

ابزارهای این پژوهش پرسشنامه‌های دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان و بسته مراقبت معنوی بودند.

پرسش‌نامه دموگرافیک شامل: نوع خانواده (گسترده، هسته‌ای)، تعداد فرزندان، مرتبه فرزند، جنس فرزند مبتلا، شغل والدین (پدر و مادر)، وضعیت اقتصادی والدین (پدر و مادر)، میزان تحصیلات والدین (پدر و مادر)، سن والدین (پدر و مادر)، سابقه سرطان در خانواده و سایر فرزندان، محل زندگی، سن کودک مبتلا، نوع بیماری کودک مبتلا به سرطان که توسط پژوهشگر تحت نظارت استاد راهنما تهیه و تنظیم شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار مبتلا به سرطان: این پرسشنامه توسط ویتزور و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است. این ابزار که تأثیر بیماری فرد مبتلا به سرطان بر فرد مراقبت‌دهنده را مورد سنجش قرار می‌دهد دارای ۳۵ سؤال با پاسخ صفر (اصلاً) تا چهار (خیلی زیاد) بر اساس مقیاس ۵ لیکرت وضعیت کیفیت زندگی مراقبت‌دهنده را در چهار حیطة، رنج روحی و جسمی ۱۴ سؤال، گسیختگی سبک زندگی ۹ سؤال، سازگاری مثبت ۸ سؤال و نگرانی اقتصادی ۳

قرار گرفتند ولی از نظر تقسیم در گروه‌ها، نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد. به این ترتیب که شماره پرونده‌های زوج در گروه مداخله و شماره پرونده‌های فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. نمونه‌ها از چهار بیمارستان تخصصی کودکان در دسترس در شهر تهران بیمارستان مرکز طبی کودکان، بیمارستان مفید، بیمارستان بهرامی و بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) دارای بخش تخصصی سرطان بودند. با توجه به این که ۴ بیمارستان انتخاب شده بودند و حجم نمونه ۳۲ محاسبه شده بود، جهت تساوی و پراکندگی یکسان، از هر بیمارستان ۸ نمونه برای گروه مداخله، ۸ نمونه برای گروه کنترل انتخاب شدند.

در طی دوره مطالعه، هیچ‌یک از بیماران فوت نمودند و تا پایان دوره، در پژوهش مشارکت داشته‌اند. همچنین هیچ‌یک از والدین نباید تحصیلات حوزوی می‌داشتند. اکثر والدین که شامل مادران کودکان مبتلابه سرطان بوده‌اند، تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته و بر این اساس دارای آشنایی ابتدایی با مسائل معنوی را بودند.

پژوهشگر بعد از تصویب پروپوزال در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، بعد از دریافت کد اخلاق و با دریافت نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و ارائه به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، علوم پزشکی تهران و علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب مجوز به مراکز درمانی فوق مراجعه نمود. سپس با ارائه مدارک لازم و هماهنگی با معاونت پژوهشی مراکز درمانی، مدیریت پرستاری، مدیریت حراست و سرپرستاران گرمی به بخش آنکولوژی مرکز درمانی جهت اجرای پژوهش مراجعه نمود.

لازم به ذکر است که دغدغه والدین و درگیری ذهنی والدین در زمان اجرای اقدامات درمانی بود که برای کاهش این موضوع با هماهنگی با سرپرستاران گرمی و خود والدین، پژوهشگر در ساعات‌های فراقت والدین که اکثراً عصرها بین ساعت ۱۴ الی ۱۷ بود و در روزهای تعطیل جهت اجرای پژوهش به مراکز مراجعه

سؤال و یک سؤال در مربوط به علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار مبتلابه سرطان در خانواده که در نمره کل کیفیت زندگی را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره بالا در هر بعد و کل ابزار، نشان‌دهنده کیفیت بالاتر هست (۱۲، ۱۳).

با توجه به اینکه در بیماری سرطان، بیشترین مطالعات بر روی خود فرد مبتلا انجام گرفته است، هدف پژوهش بر آن شد که شرایط خانواده‌ها و مراقبت‌دهندگان را مورد مطالعه و بررسی قرار دهد. پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان از خنجری که در سال ۱۳۹۱ ابزار را روایی سنجی کرده بودند، دریافت و مورد استفاده قرار گرفت.

این ابزار برای اولین بار مطالعه دقیقی از شرایط مراقبت‌دهندگان در محیط‌های مختلف را بیان می‌کند و با توجه به نیاز افراد، به سیاستمداران حوزه بهداشت و درمان در خصوص حمایت از خانواده کمک خواهد کرد.

روش نمره‌گذاری: اصلاً (۰) و کمی (۱) و تا حدودی (۲) و زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) هست و این پرسشنامه ۱۴۰ امتیاز دارد.

آموزش مراقبت معنوی: بسته مراقبت معنوی، تحت ۶ جلسه مراقبت معنوی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین با رویکرد اسلامی که شامل ۶ مؤلفه روانی - معنوی خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش و به فاصله هرروز و به مدت ۳۰ دقیقه، که توسط اسدزندی در سال ۱۳۹۸ و لطفی کاشانی در سال ۱۳۹۱ طراحی شده، مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴، ۱۱).

بر اساس معیار ورود در پژوهش، مقرر گردید حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص سرطان در کودکان گذشته باشد. با توجه به گستردگی بیماری سرطان مقرر شد که پژوهش محدود به بیماری لوسمی و در رده سنی زیر ۷ سال باشد. انتخاب نمونه‌ها: در مورد انتخاب نمونه‌ها و نوع نمونه‌گیری جهت ورود به مطالعه به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود، نمونه‌ها مورد بررسی و مطالعه

کرد.

پس از انتخاب هدفمند نمونه‌ها بر اساس معیارهای پژوهش، توضیحات کامل در مورد پژوهش، اخذ رضایت کتبی از والدین و تقسیم‌بندی تصادفی نمونه با توجه به زوج و فرد بودن شماره پرونده‌ها به ۲ گروه مداخله و کنترل، ابتدا پرسشنامه دموگرافیک توسط والدین تکمیل سپس در همان جلسه پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی تکمیل شد.

مداخله معنوی طی ۶ جلسه یک روز در میان و با توجه به محدودیت‌ها به مدت ۳۰ دقیقه با توجه به سرفصل‌های ذکر شده توسط پژوهشگر انجام شد. لازم به ذکر است جهت جبران محدودیت‌های کرونایی و انتقال بهتر اطلاعات و زمینه‌سازی برای فضا گروهی، در فضای مجازی نیز یک گروه تعبیه شد به طوری که هر ۸ نفر از یک بیمارستان در یک گروه قرار گرفتند که بستر مناسبی برای پخش کلیپ‌ها و نماهنگ‌ها و امکان پرسش و پاسخ فراهم گردید. به طوری که با هماهنگی با والدین در ساعت ۲۲ همه والدین آنلاین شده و در گروه حضور پیدا می‌کردند. بلافاصله در پایان جلسه ۶ نیز پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی توسط والدین تکمیل شدند.

در طول کار مداخله هیچ‌گونه آموزشی به گروه کنترل داده نشد و در پایان کار گروه آزمون، مجدداً پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی توسط گروه کنترل تکمیل شدند و در پایان کار و بعد از پر کردن پرسشنامه‌ها، محتوای آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

جلسه اول: آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، آشنایی با قوانین گروه، آموزش تکنیک خودآگاهی
 جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم توکل و توسل، آشنایی با نقش توکل و توسل در کنار آمدن با فشارهای روانی
 جلسه سوم: آشنایی با مفهوم نیایش و دعا، ثمرات نیایش، ثمرات نیایش در کنار آمدن با رویدادهای زندگی

جلسه چهارم: آشنایی با مفهوم شکر، تأثیر شکر گذاری در

تغییر هیجانات و افکار

جلسه پنجم: آشنایی با مفهوم صبر، آموزش مراحل و مراتب صبر جهت تاب‌آوری و صبر

جلسه ششم: آشنایی با مفهوم بخشش، پیامدهای بخشش و اثرات آن بر هیجان

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و درصدی، شاخص‌های مرکزی نظیر میانگین و انحراف استاندارد، نمودار میله‌ای، برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، برای مقایسه کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون پارامتریک t زوجی، برای مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون t برای گروه‌های مستقل، آزمون برابری خطای واریانس لوین^۱ و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای اثربخشی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق (1399.254.REC.TMU.IAU.IR) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران اخذ شد.

یافته‌ها

بررسی توزیع متغیرهای پژوهش

پیش از پاسخ به اهداف و فرضیه‌های پژوهش، آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی می‌شود تا مشخص شود که برای پاسخ از آزمون‌های پارامتریک یا ناپارامتریک استفاده شود. برای بررسی توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۲ جهت تشخیص نوع توزیع داده‌ها استفاده شد. نتایج در جدول ۲ آمده است.

1 Levene's test of equality of error variance

2 Kolmogorov- Smirnov

جدول ۱. نتایج آزمون کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله و در گروه کنترل نوبت اول و دوم

متغیرها	گروه مداخله		گروه کنترل	
	Sig	کولموگروف-اسمیرنوف	Sig	کولموگروف-اسمیرنوف
کیفیت زندگی والدین قبل از مداخله	۰/۸۸۸	۰/۷۵۱	۰/۴۱۰	۰/۶۲۶
کیفیت زندگی والدین بعد از مداخله	۱/۰۷۸	۰/۱۹۵	۰/۵۳۸	۰/۹۳۵

جدول ۲. مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

کیفیت زندگی	میانگین ^۱	انحراف معیار	میانگین تفاوت	میانگین خطا انحراف معیار	آزمون پارامتریک ^۲	df	Sig
قبل از مداخله	۱۱۹/۴۲	۲۳/۹۸	۱۸/۴۷	۳/۰۴	۱۰/۰۱۵	۳۱	۰/۰۰۱
بعد از مداخله	۱۳۷/۸۹	۲۷/۴۷					

1. Average
2. Std. Deviation
3. Mean difference
4. Std. Error Mean
5. Parametric t test

دارای کودک مبتلا به سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای تعیین کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلا به سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله از میانگین و انحراف اس‌تاندارد و برای مقایسه با توجه به اینکه مقیاس اندازه‌گیری کیفیت زندگی در حد فاصله‌ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت، از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۳ آمده است.

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای عملکرد و کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله و در گروه کنترل نوبت اول و دوم بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین توزیع متغیرهای فوق با توزیع نرمال تفاوت معنادار ندارد و برای پاسخ به اهداف و فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود. بر اساس هدف شماره یک: مقایسه کیفیت زندگی والدین

جدول ۳. مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در دو نوبت در گروه کنترل در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

کیفیت زندگی	Mean	Std. Deviation	Mean difference	Std. Error Mean	t	df	Sig
نوبت اول	۱۲۳/۱۱	۲۷/۴۳	۲/۱۴	۱/۹۲	۱/۱۱۱	۳۱	۰/۲۷۵
نوبت دوم	۱۲۵/۲۵	۲۶/۶۳					

معناداری مشاهده شده از ۰/۰۵ کمتر بود). بر اساس هدف شماره دو: مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در دو نوبت در گروه کنترل در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای تعیین کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلا به

با توجه به جدول شماره ۳، میانگین کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در گروه مداخله قبل از مداخله ۱۱۹/۴۲ و بعد از مداخله ۱۳۷/۴۲ بود. نتایج آزمون t نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش معنادار داشت (سطح

دارای کودک سرطانی، در گروه کنترل نوبت اول ۱۲۳/۱۱ و نوبت دوم ۱۲۵/۲۵ بود. نتایج آزمون t نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه کنترل نوبت اول و دوم تفاوت معنادار نداشت (سطح معناداری مشاهده شده از ۰/۰۵ بیشتر بود).

سرطان در دو نوبت در گروه کنترل از میانگین و انحراف اس تاندارد و برای مقایسه با توجه به اینکه مقیاس اندازه گیری کیفیت زندگی در حد فاصله ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت، از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۴ آمده است.

با توجه به جدول شماره ۴، میانگین کیفیت زندگی والدین

جدول ۴. آزمون t برای گروه های مستقل برای مقایسه کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم در بیمارستان های

منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

متغیر	گروه ها		آزمون آماری	
	مداخله	کنترل	t	df
کیفیت زندگی	۱۳۷/۸۹	۱۲۵/۲۵	۳/۹۸۷	۶۲
			sig	۰/۰۰۱

زندگی والدین در حد فاصله ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت و هدف مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه است از آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۵ آمده است.

بر اساس هدف شماره سه: مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم در بیمارستان های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای پاسخ با توجه به اینکه، مقیاس اندازه گیری کیفیت

جدول ۵. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، قبل و بعد از مداخله، در دو گروه- آزمون و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	مرحله سنجش	گروه آزمون		گروه شاهد		p.value
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رنج روحی و جسمی	قبل از مداخله	۳۹/۲۸	۸/۶۶	۳۶/۶۶	۸/۳۲	۰/۰۷۴
	بعد از مداخله	۱۵/۸۸	۳/۴۲	۳۶/۷۱	۸/۳۲	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۹۳۶		-
گسیختگی سبک زندگی	قبل از مداخله	۱۷/۷۸	۴/۹۹	۱۹/۷۵	۶/۳۳	۰/۱۷۹
	بعد از مداخله	۶/۳۴	۱/۸۱	۱۹/۴۲	۶/۳۳	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۸۹۷		-
سازگاری مثبت	قبل از مداخله	۱۹/۸۴	۳/۹۸	۱۸/۴۱	۴/۰۱	۰/۱۱۹
	بعد از مداخله	۲۳/۴۱	۳/۱۸	۱۸/۱۲	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۹۰۴		-
نگرانی اقتصادی	قبل از مداخله	۶/۷۲	۲/۸۹	۶/۵۳	۳/۴۸	۰/۱۷۵
	بعد از مداخله	۶/۵۹	۲/۸۰	۶/۶۲	۳/۴۸	۰/۰۷۱
	p.value	۰/۴۵۱		۰/۸۹۴		-
علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار	قبل از مداخله	۱/۱۶	۱/۶۱	۰/۹۷	۱/۳۱	۰/۰۹۸
	بعد از مداخله	۱/۱۸	۱/۶۳	۰/۹۴	۱/۳۱	۰/۰۱۱
	p.value	۰/۱۱۲		۰/۹۲۱		-

1. Mental and physical suffering
2. lifestyle disruptions
3. positive adaptation

در دو گروه آزمون و شاهد

برای پاسخ با توجه به اینکه، مقیاس اندازه‌گیری ابعاد کیفیت زندگی والدین در حد فاصله‌ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون t برای گروه‌های مستقل و برای مقایسه قبل و بعد ابعاد کیفیت زندگی در هر گروه از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری (n=۶۴)

پس آزمون		پیش آزمون			متغیر پژوهش		
sig	df2	df1	F	sig	df2	df1	F
۰/۷۴۸	۶۲	۱	۰/۱۰۴	۰/۵۱۷	۶۲	۱	۰/۴۲۴

تساوی واریانس‌ها

جهت بررسی یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری از آزمون لوین استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

نتایج آزمون لوین در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که واریانس نمرات کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنادار ندارد. با توجه به نتایج فوق، پیش‌فرض یکسانی واریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه برقرار است و حجم نمونه در دو گروه نیز برابر است (هر گروه ۳۲ نفر).

بررسی اثرات تعاملی و همگنی شیب خط رگرسیون در دو گروه

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که کنش متقابل بین پیش‌آزمون کیفیت زندگی والدین و مراقبت معنوی معنادار

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد، تفاوت کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم معنادار بود ($t=۳/۹۸۷, >sig \ 0/۰۵$). کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از ارائه مراقبت معنوی به‌صورت معناداری نسبت به گروه کنترل نوبت دوم افزایش داشت.

بر اساس هدف شماره چهار: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، قبل و بعد از مداخله،

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد، تفاوت ابعاد کیفیت زندگی والدین در دو گروه آزمون و شاهد معنادار بود. در گروه آزمون، قبل و بعد از ارائه مراقبت معنوی رنج روحی و جسمی، گسیختگی سبک زندگی و سازگاری مثبت تفاوت معنادار داشت ولی نگرانی اقتصادی و علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار تفاوت معنادار نداشت. ابعاد کیفیت زندگی والدین در گروه شاهد نوبت اول و دوم اندازه‌گیری نیز تفاوت معنادار نداشت.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه پژوهش حاضر: مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان مؤثر است.

برای پاسخ به فرضیه‌ی پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری و همگنی خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین در دو گروه محاسبه می‌شود.

نمود؛ بنابراین شیب خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین در دو گروه یکسان است. شیب برابر همگنی خط رگرسیون در دو گروه حاکی از این است که تعاملی بین پیش‌آزمون با مداخله (مراقبت معنوی) وجود ندارد. چون پیش‌فرض یکسانی واریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه برقرار بود و شیب خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین نیز در دو گروه یکسان بود. به‌منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

فرضیه اول: مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان مؤثر است.
به‌منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد نتایج در جدول ۸

آمده است.

همان‌طوری که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود؛ اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون معنادار بود پس کنترل آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می‌رسد. بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$)، $F(8, 89) = 0.000$. در واقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده است. میزان اثر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین $0.596/0$ بود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و روش مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان تأثیر معنادار دارد.

جدول ۷. اثرات تعاملی و همگنی شیب خط رگرسیون در دو گروه

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اثر تعاملی پیش‌آزمون کیفیت زندگی و مراقبت معنوی	۵۰۴/۲۳۲	۱	۵۰۴/۲۳۲	۲/۹۴۹	۰/۰۹۱

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه- کنترل و مداخله

اثرات	SS	df	MS	F	sig	Eta
اثر پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۲۹۰۴۰/۹۱	۱	۲۹۰۴۰/۹۱	۱۶۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
اثر مراقبت معنوی	۱۵۸۴۷/۹۸	۱	۱۵۸۴۷/۹۸	۸۹/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
خطا	۱۰۷۶۲/۸۸	۶۱	۱۷۶/۴۴			
کل	۸۴۵۳۵/۸۶	۶۴				

بحث

بیمار / رتبه فرزندی / نوع بیماری فرزند / سابقه بیماری سرطان در خانواده) نشان داد دو گروه کنترل و مداخله از نظر اطلاعات جمعیت والدین و فرزندان همگن بود.
نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف دلالت بر این داشت که توزیع متغیرهای پژوهش در دو گروه در دو نوبت در ۸ سطح $0.05/0$ به‌صورت نرمال توزیع شدند، ($sig > 0.05$) (سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش در دو گروه بیشتر از $0.05/0$ بود)؛ بنابراین برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده

در پژوهش حاضر از نظر نتایج پرسشنامه دموگرافیک، در مورد فرزندان خانواده، بیشتر خانواده‌ها در هر دو گروه کنترل و آزمون دارای دو فرزند بودند. بیشتر کودکان مبتلابه سرطان، فرزند اول و از نوع لنفو بلاستیک حاد و در دامنه سنی ۱ تا ۷ سال بودند. آزمون 2×1 برای بررسی یکسانی دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (تعداد فرزندان / جنسیت فرزند / سن فرزند

شد.

معنوی خانواده‌های آن‌ها به‌خصوص مراقبان این کودکان تأثیر می‌گذارد. معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران کمک می‌کند که با وضعیت بیماران خود بهتر کنار آیند و در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطانی در گروه کنترل نوبت اول و دوم تفاوت معناداری نداشته است؛ که هم‌راستا با پژوهش خنجری و همکاران (۲۱) و براتیان و همکاران (۳) و جلالی فراهانی و همکاران (۲۲) هست. علت این هم‌راستایی این بود که این پژوهش‌ها در ایران و بر روی کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان انجام شده بود؛ و همچنین هم‌راستا با پژوهش تانگ و همکاران^۴ (۲۳) هست. علت این هم‌راستایی این بود که این پژوهش بر روی کیفیت زندگی مراقبین بیماران سرطانی انجام شده بود. مخالف پژوهش حاضر چوهان و همکاران^۵ (۲۴) نشان دادند که 36 sf والدین کودکان مبتلابه بیماری قلبی در تمام ابعاد گزارش ضعیف‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (به‌جز درباره خرده مقیاس درد) بیان کرده‌اند؛ و مخالف پژوهش حاضر مصطفی و همکاران نشان دادند که والدین کودکان مبتلابه بیماری قلبی در تمامی ابعاد ۳۶sf گزارش ضعیف‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (به‌جز خرده مقیاس درد) بیان کرده‌اند (۲۵). نتایج پژوهش چراغی و همکاران (۲۶) نشان داد والدین کودکان مبتلابه سرطان در برخی ابعاد مختلف کیفیت زندگی مثل خستگی و درد و همچنین بعد علائم اضطرابی از سلامت عمومی دچار مشکل هستند که این مشکلات باعث کاهش کیفیت زندگی کودک شد. مطالعه یاماساکی و همکاران^۶ در بیشتر ابعاد با پژوهش حاضر همسو است. این مطالعه، با عنوان بررسی کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه لوسمی در ژاپن با استفاده از پرسشنامه 36 sf انجام شد. مادرانی که کودکانشان

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش معنادار داشته است که هم‌راستا با پژوهش قلجایی و همکاران (۱۵)، قربانی و همکاران (۱۶)، خزاعلی و همکاران (۱۷) هست. علت این همسویی این بود که هر چهار پژوهش در ایران و بر روی کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان و نیازهای معنوی آن‌ها پژوهش انجام داده‌اند. همچنین هم‌راستا با پژوهش مورهن و همکاران^۱ (۱۸) و سنخه و همکاران^۲ (۱۹) هست. علت این همسویی این بود که علیرغم متفاوت بودن اعتقادات دینی هر دو پژوهش بر روی کیفیت زندگی مراقبین بیماران سرطانی پژوهش انجام داده‌اند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق مارشال و همکاران^۳ (۲۰) نشان داد همبستگی مثبت متوسطی را بین کیفیت زندگی والدین و فرزندان مبتلابه سرطان داشتند. با این حال، مطالعات در مورد تأثیر سرطان والدین بر کودکان با استفاده از پیامدهایی مانند پریشانی یا سلامت روانی از جمله علائم درونی و بیرونی نشان داد که والدین تأثیر سرطان بر فرزندان خود را دست‌کم گرفته‌اند. ناهم‌سوست.

جهت تبیین اینکه، کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش داشت می‌توان گفت، بیماری کودک باعث آشفتگی روابط درون خانواده می‌شود. توجه به خانواده بیمار (والدین) از دو جهت اهمیت دارد اول اینکه خانواده (والدین) اولین مراقبین بیمار محسوب می‌شوند که مراقبت و حمایت فیزیکی - روانی و مالی از بیمار را بر عهده‌دارند. دوم آنکه پیامدهای بیماری در خانواده و مراقبت از بیمار، شرایط تک‌تک اعضای خانواده را با مخاطره روبه‌رو می‌کند. همچنین ابتلا کودکان به سرطان بر بعد

4 Tang et al.

5 Cohn et al.

6 Yamasaki et al.

1 Mohrhun et al.

2 Sankhe et al.

3 Marshall et al.

نیاز به بستری شدن مداوم در بیمارستان دارند، کیفیت زندگی پایینی دارند و به‌ویژه عملکرد اجتماعی و روحی آن‌ها به خطر می‌افتد و در معرض افسردگی قرار می‌گیرند (۲۷).

پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله به‌صورت معناداری بیشتر از کیفیت زندگی والدین در گروه کنترل نوبت دوم بود؛ که هم‌راستا با پژوهش بادله شמושکی و همکاران (۲۵) و قلجایی و همکاران (۱۵) هست. علت این هم‌راستایی این بود که هر دو در ایران و بر روی کیفیت زندگی و باورهای دینی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان پژوهش انجام داده‌اند. همچنین هم‌راستا با پژوهش مورهون (۱۷) و سنخه و همکاران (۱۹) هست. علت این هم‌راستایی این بود که هر سه بر روی کیفیت زندگی و تأثیر مراقبت معنوی و مراقبین بیماران سرطانی پژوهش انجام داده بودند.

در تبیین این مسئله می‌توان گفت، کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله بیشتر از کیفیت زندگی والدین در گروه کنترل نوبت دوم بود. چون در گروه مداخله مراقبت معنوی آموزش داده‌شده و این مداخلات معنوی به‌عنوان منبعی مؤثر، برای کاهش اضطراب به اثبات رسیده است. آموزش مهارت‌های مهم معنوی مانند بخشایش، به‌جا آوردن نماز و دعا، افزایش خودآگاهی، برقراری ارتباط معنوی با خالق و افراد نزدیک، توکل، صبر، تقوا، پالایش ذهن و دل، تواضع و فروتنی، بجا آوردن صلوات‌ها، دیدن تجلی خلقت در طبیعت و غیره انسان‌ها را صبورتر کرده و لذا امید به زندگی و کیفیت زندگی را در افراد بالا می‌برد (۲۹).

به‌منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون معنادار بود پس کنترل آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می‌رسد. بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$ ، $F(8, 82) = 8.99$). در واقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین

دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، میزان اثر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین $0.596/0$ بود (جدول ۱۲). درنهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری‌شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و روش مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان تأثیر معنادار دارد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده توسط مورهون و همکاران (۱۸)، عبدالجباری و همکاران (۳۰)، سنخه و همکاران (۱۹)، صف‌آرا و همکاران (۳۱)، حیدری و همکاران (۳۲)، سناری و همکاران (۳۳)، هم‌راستا بود. علت این هم‌راستایی و همخوانی این بود که نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعات نشان دادند که کیفیت زندگی مراقبین (والدین) کودک بیمار و همچنین اهمیت به نیاز معنوی آن‌ها و داشتن یک برنامه مراقبت معنوی برای آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است.

یلماز و چنگیز^۱ (۳۴) در پژوهش خود نشان دادند بین ایمان و کیفیت زندگی همبستگی معناداری وجود ندارد. در حوزه باورهای دینی، پژوهش‌های بسیاری به رابطه نزدیک باورهای دینی و کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند. در این راستا گارسن و همکاران^۲ در پژوهش خود با بررسی تأثیر دین بر سلامت روان دریافتند معنویت یا دین تأثیر اندک و معناداری با سلامت روان دارد (۳۵). همچنین نتایج پژوهش‌های اندرسون و همکاران^۳، پیسیتلو^۴، ریکلیکینه^۵، مارتینو همکاران^۶، کیانژاد و همکاران و احمدی نیز با پژوهش حاضر همسو نیستند. همسو نبودن یافته‌های پژوهش با یافته‌های مذکور، می‌تواند به دلیل تفاوت در ویژگی‌های شناختی، فرهنگ‌های متفاوت و تفاوت در پرسشنامه‌ها، جمعیت ابزار و تعداد آزمودنی‌ها باشد (۳۶-۳۸).

1 Yilmaz & Cengiz

2 Garssen et al.

3 Anderson et al.

4 Piscitello

5 Riklikienė

6 Martin et al.

به معنویت و مراقبت معنوی رابطه مستقیمی با کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان داشته است و این نوع مراقبت که اکثراً کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد سبب افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی والدین شده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران است که به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران با کد اخلاق 1399.254.REC.TMU.IAU.IR در تاریخ ۱۳۹۹ رسیده است.

تضاد منافع

پژوهشگر در هیچ‌یک از مراحل تحقیق تضاد منافی نداشته است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع باید گفت که نتایج نشان داد مراقبت معنوی سبب افزایش معنادار کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان شده است. در نتیجه می‌توان گفت مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان تأثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع باید گفت که نتایج نشان داد مراقبت معنوی سبب افزایش معنادار کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان شده است. در نتیجه می‌توان گفت مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان تأثیر معناداری دارد؛ و در آخر با توجه به شواهد پژوهش این نتیجه حاصل شد که توجه

References

1. Moniri Javadhesari S, Vaezi Haris H. Structural, cellular and molecular mechanisms in the transition from epithelial to mesenchymal state in cancer. *Cell and Tissue*. 2022; 13(2): 71-94. doi: 10.52547/JCT/13.2.71
2. Ayob AZ, Ramasamy TS. Cancer stem cells as key drivers of tumour progression. *J Biomed Sci*. 2018;25(1):20. Epub 2018/03/07.
3. Baratian A, Kazemi A, Khajeh N, Haghani Zemeidani M, Davarniya R. The Effect of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on the Quality of Life of Mothers with a Child Cancer. *armaghanj*. 2017; 22(5): 637-650 URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1786-fa.html>
4. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *IJN*;2018 . 40-51 :(111)31
5. Siahpoush K, Rezakhani SD. Increasing hope and anger management of mothers with children with cancer through life skills training. *Contemporary Psychology, Bi-Quarterly Journal of Iranian Psychology Association*. 83-90 :(2)14;2018 .
6. Shafiee F, Shariatmadar A, Farahbakhsh K. Investigating lived experiences of psychological stresses of cancerous children and their families at different stages of the disease. *Health Psychology* .119-138 :(31)8 ;2019 .doi/10.30473 :hpj2019.41705.4094.
7. Akbari V, Asayesh H, Haji Mohammad Hosseini M, Sharifi Fard F, Shahidi M, Gudarzi M. The needs of a family with a child hospitalized in the neonatal intensive care unit :comparing the views of mothers and nurses. *Journal of Qom University of Medical Sciences*10-18 :(3) 14 ;2020 .
8. Ghorbani A, ghezelbash S, Alizadeh H, Khosravi M. The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of children with cancer. *Complementary Medicine Quarterly*.196-209:(3)11 ;2021 .
9. Behnam Vashani H, Reyhani T. The effect of spiritual education-Religion on depression, anxiety, stress and spiritual health of caregivers of children with leukemia. *Tanin Salamat Journal*:(1)4 ;2015 . 1-7
10. Hosseinzadeh F, Radfar M, Moghadamtabrizi F, Khalkhali H. The effect of resilience-based group therapy intervention on coping in mothers of children with cancer :a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 291-5 :(4) 24 ;2017
11. Lotfi Kashani F, Waziri S, Qaiser S, Mousavi SM, Hashemie M. The effectiveness of spiritual intervention on improving the quality of life of mothers of children with cancer. *Journal of Medical Jurisprudence* 11) ;2013 .and.125-149 :(12
12. Kanjari S, Haghdoost F, Eshaghian A. Quality of life of parents of children with leukemia and related factors. *Iranian Journal of Nursing*;2013 . 10-26 :(82)
13. Rezaei Z, SharifianThani M, Ostad Hashemi L, Qaedamini Harooni G. Survey of the quality of life of mothers with children with cancer in Iran. *Komesh*.425-431 :(3)20 ;2017 .
14. Asadzandi M, et al. Effect of Sound Heart Model-based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. *Iran J Ped Hematol Oncol*.96-106 :(2)10 ;2020 .
15. Ghaljaei F, Fooladi S, Jamali A, Mahmoodi N, Zarei B. The Effect of Peer Support of Mothers of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia on Quality of Life of Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* .171-180:(3)28 ;2020 .URL :<http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2122-fa.html>
16. Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh H, Khosravi M. The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of children with cancer. *Complementary Medicine Quarterly*196-209 :(3)11 ;2021 .
17. Khazaali K, Khazaali Z, Jalili N, Garebaghi S. The role of maternal depression in the participation of a child with leukemia in daily life activities. *Journal of rehabilitation*.182 :(2)22 ;2021 .
18. Mohrhun JM, Racine NM, Guilcher GMT, Tomfohr-Madsen LM, Schulte FSM. Health-related quality of life and well-being in parents of infants

- and toddlers with cancer .*Current Oncology*;2020 .
.206-215 :(1)27
19. Sankhe A ,Dalal K ,Agarwal V ,Sarve P .Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers :A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study .*J Relig Health* .731-56:725 ;2017
 20. Marshall S ,Fearnley R ,Bristowe K ,Harding R .The perspectives of children and young people affected by parental life-limiting illness :an integrative review and thematic synthesis .*Palliative medicine* 2021 .Feb.246-60:(2)35;
 21. Khanjari S ,Haqdoost F ,Ishaqian A .Quality of life of parents of children with leukemia and related factors .*Iranian Journal of Nursing*;2013 .
.10-26 :(82)
 22. Jalali-Farahani S ,Amiri P ,Zolfaghari poor A ,Karimi M ,Azizi F .The association between parents and offspring health-related quality of life: Tehran Lipid and Glucose Study .*Payesh*;2020 .
.559-568 :(5)19URL :<http://payeshjournal.ir/article-1-1491-fa.html>
 23. Tang ST ,Li CY ,Chen CC .Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan .*Qual Life Res*.387-95:(3)17;2018 .
 24. Cohn LN ,Pechlivanoglou P ,Lee Y ,Mahant S ,Orkin J ,Marson A ,Cohen E .Health outcomes of parents of children with chronic illness :a systematic review and meta-analysis .*The Journal of pediatrics*.218:166-77 ;2020 .
 25. Arafa MA ,Zaher SR ,El-Dowaty AA ,Moneeb DE .Quality of life among parents of children with heart disease .*Health Qual Life Outcomes*;2008 .
.91 :(1)6<https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-91>PMid ,18980676:PMCID:PMC2590598
 26. Cheraghi F ,Feizy Barnaji A ,Tapak L ,Sadeghi A .The Relationship Between General Health Status and Quality of Life of Parents and Quality of Life of Children with Cancer .*Avicenna J Nurs Midwifery Care*.200-207 :(5)25 ;2018 .
 27. Yamazaki S ,Sokejima S ,Mizoue T ,Eboshida A ,Fukuhara S .Health-related quality of life of mothers of children with leukemia in Japan .*Qual Life Res* .1079-85:(4)14;2005 .<https://doi.org/10.1007/s11136-004-3288-z> PMid16041903:
 28. Badeleh Shamooshaki MT ,Mirbehbahani N ,Ariakhah M ,Latifizadeh M ,Jahanshi N .Relationship between Religious Beliefs with Quality of Life and Resilience of Mothers with Children Suffering from Cancer .*J Health Res Commun*;2020 .
.10-19 :(3)6URL :<http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-492fa.html>
 29. Adri B ,Shirley N ,Carolyn F .*Kosir nursing principles :2018 concepts ,processes and exercises* .Group of translators .Heydari Publications.2017
 30. Abdoljabbari M ,Sheikhzakaryae N ,Atashzadeh-Shoorideh F .Taking Refuge in Spirituality ,a Main Strategy of Parents of Children with Cancer :a Qualitative Study .*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* .2575-2580 :(9)19 ;2018 .doi:
/10.22034APJCP.2018.19.9.2575.
 31. Safara M ,Khanbabaee M ,Khanbabaee M .The efficacy of Spiritual skills training in promoting quality of life and life hope of mothers Having Child with intellectual disability .*Psychology of Exceptional Individuals*.161-180 :(37)10 ;2020 .
doi/10.22054 :jpe2020.43806.2009.
 32. Heydari A ,et al .The impact of spiritual care skills on quality of life in spouses of veterans with post-traumatic stress disorder :A randomized controlled trial .*Journal of Caring Sciences*.220 :(4)9 ;2020 .
 33. Sattari MH ,Alaee Karahroudy F ,Tehrani T H T .Correlation of Nurses 'Spiritual Health with the Care Burden of Parents with Children with Cancer Hospitalized in Oncology Wards of Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in .2019-2020*J Mod Family Med*107- :(1)1 ;2021
.107URL :<http://journalfaculty.ir/article-1-30-fa.html>
 34. Yilmaz M ,Cengiz HÖ .The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliat Support*. 2019; 18(1):55-62.
 35. Garssen B ,Visser A ,Pool G .Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Psychol Religion*. 2020; 14:1-17.
 36. Riklikienė O ,Tomkevičiūtė J ,Spirgienė L ,Valiulienė Z ,Büssing A .Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among

- non-terminally ill cancer patients: cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs*. 2020; 44:101681.
37. Ghasemloo F, Yaghmaei F. Comparison of resilience and quality of life of mothers of delinquent children and mothers with healthy children in Zanjan. *Iran J Psychiatric Nurs*. 2018; 5(2):32-7.
38. Atashzadeh-Shoorideh F, Sheikh Zakaryae N, Fani M. The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. *J Fam Med Prim Care*. 2018; 7:1319-26.

The Challenges of Enhancing Moral Education among Students and Its Negative Impact on Academic Performance: A Case Study of Kerman University of Medical Sciences

Reza Sadeghi¹, Mohadeseh Ghasemi^{2*}, Amir Hossein Moradpour³

Abstract

Objective: This study aims to identify the ethical challenges and adverse effects that medical and dental students at Kerman University of Medical Sciences encounter during their studies and how these challenges influence their academic performance.

Methods: This research is applied in its purpose and utilizes a mixed-methods approach. It was conducted during the 1401 academic year. The qualitative phase involved moral education experts, with 10 participants selected through purposive and snowball sampling until theoretical saturation was reached. The quantitative phase included 96 dental students and 139 medical students, selected using a convenience sampling method. Quantitative data were analyzed using the chi-square test.

Findings: Students' academic performance was found to be associated with their duration of study at the university, participation in extracurricular activities, residence status, and economic circumstances. Based on participants' perspectives, the challenges of enhancing moral education at the university were classified into 12 concepts within three main categories: religious and belief-related challenges, media challenges, and cultural and social challenges. The findings indicate that these challenges significantly impact students' academic performance ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Students encounter numerous challenges during their academic journey that negatively affect their performance. Implementing preventive measures and targeted interventions can enhance their academic progress.

Keywords: Students, risk factors, moral education, spirituality, academic performance

1. Associate Prof, Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran

2*. Corresponding author: Msc, Educational Management, Sirjan School of Medical sciences, Sirjan, Iran mohadesa.ghasemi@yahoo.com

3. Assistant Prof, Department of Islamic Education, Sirjan School of Medical sciences, Sirjan, Iran

واکاوی فقهی چالش‌های عمل‌های زیبایی غیرضروری

مجتبی دهقان دار^۱، میر حامد خانی^۲

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر در زمینه چالش‌های فقهی اعمال زیبایی غیرضروری است که در بین فقهای معاصر در مورد مشروعیت آن اختلاف نظر وجود دارد و فقهای قدیم نیز به آن نپرداختند زیرا این نوع اعمال در گذشته شایع نبوده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش توصیفی و تحلیلی انجام شده است و موضوعاتی مانند مشروعیت یا عدم مشروعیت اعمال جراحی غیرضروری قابل بررسی به نظر می‌رسد. در این راستا با استفاده از منابع کتابخانه‌ای مبانی نظری مرتبط مورد جمع‌آوری قرار گرفته است و به روش کیفی به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده است.

یافته‌ها: این تحقیق با استفاده از ادبیات نظری و آنچه از متون دینی احراز می‌شود انجام شده است که در مورد مشروعیت اعمال زیبایی بین متون مختلف، اختلاف نظر وجود دارد و همین موضوع موجب بروز مشکلات متعدد در تصویب قوانین در رابطه اعمال زیبایی شده است، در پژوهش حاضر به بررسی نظرات فقها از تفسیر آیات و روایات در مورد این نوع عمل‌ها پرداخته شده است و نتیجه گرفته شده است که قانون‌گذار باید در تصویب قوانین درباره اعمال زیبایی عرف مردم و نیازهای روز جامعه را در نظر بگیرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که قانون‌گذار مشروعیت یا عدم مشروعیت اعمال زیبایی غیرضروری را به فقه احاله نموده است و در فقه نیز صراحتی وجود ندارد و تصویب قانون صریح می‌تواند از بروز اختلافات جلوگیری نماید.

واژه‌های کلیدی: بیمار، پزشک، عمل زیبایی ضروری، عمل زیبایی غیرضروری.

*۱. نویسنده مسئول، مربی گروه حقوق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران dehghandar.mojtaba@gmail.com

*۲. مربی گروه حقوق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرقدس، تهران، ایران

مقدمه

جراحی زیبایی در کشور ایران دارای طرفداران بسیاری در قشرهای مختلف سنی بین زنان و مردان است و همین موضوع باعث گردیده فعالیت در این رشته علاوه بر پزشکان، برای افراد فاقد تخصص نیز پر جاذبه باشد. از این رو افرادی باهدف اقتصادی وارد این عرصه شده‌اند و به مرور جراحی زیبایی از مسیر درمانی دور و بیشتر تبدیل به یک عمل غیرضروری کرده‌اند. از طرف دیگر با توجه به اینکه برخی فعالین این حوزه با نگاه اقتصادی وارد این عرصه شده‌اند، جهت درآمدزایی، مانند سایر حوزه‌های اقتصادی، برای جذب مشتری و کسب درآمد بیشتر و رقابت با سایر رقبا با استفاده از فضای مجازی و تبلیغات، گرایش به چنین جراحی‌ها را فرهنگ‌سازی می‌کنند و بدین صورت افراد را جذب می‌نمایند. در پژوهش حاضر با توجه به اینکه طبق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی (۱) اقدام به هر نوع عمل جراحی یا طبی فارغ از شرط رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی مقید به مشروعیت این اعمال است. از این رو بررسی چالش‌های این نوع اعمال در فقه در پژوهش حاضر بررسی می‌گردد؛ بنابراین ابتدا جراحی زیبایی و انواع آن را مختصر شرح می‌دهیم و پس از آن چالش‌های این نوع عمل‌ها را در فقه بیان نموده و بررسی می‌نماییم.

عمل زیبایی

واژه جراحی پلاستیک^۱ یا زیبایی می‌تواند دربرگیرنده انواع جراحی‌های زیبایی^۲ (غیرضروری) و ترمیمی (ضروری) باشد. انجمن پزشکی ایالات متحده آمریکا تخصص جراحی پلاستیک را به دودسته اصلی «زیبایی و ترمیمی» تقسیم نموده است (۲).

جراحی زیبایی غیرضروری

جراحی زیبایی غیرضروری (در تقسیم‌بندی دیگر به این نوع عمل‌ها، غیر درمانی گفته می‌شود) گروهی از عمل‌ها و روش‌ها، مانند جراحی زیبایی بینی، کاشت ابرو، از بین بردن چروک صورت و غیره است که برای بهبود منظره ظاهری فردی سالم انجام می‌گردد و هدف از این عمل‌ها صرفاً درمان نیست بلکه زیبایی ملاک است (۳،۴).

جراحی ترمیمی

جراحی ترمیمی عمل‌های زیبایی ضروری هستند (در تقسیم‌بندی دیگر به این نوع عمل‌ها درمانی نیز گفته می‌شود) که برای درمان، ترمیم، تصحیح شکل و اختلالات عملکردی ناشی از حوادث، سوانح، سوختگی‌ها و یا ناهنجاری‌های مادرزادی، مانند لب‌شکری، ناهنجاری تکاملی، عفونت یا بیماری و برداشتن تومورها صورت می‌پذیرد (۵،۶).

نگاهی گذرا به تاریخچه جراحی زیبایی در ایران

از پیدایش جراحی پلاستیک در ایران و تأسیس این رشته در دانشگاه تهران بیش از نیم‌قرن می‌گذرد. اولین جراحی زیبایی به معنای امروزی آن در سال ۱۳۰۷ در یکی از بیمارستان‌های تهران انجام شد. با این حساب از عمر جراحی پلاستیک در ایران ۸۰ سال می‌گذرد (۷).

چالش‌های فقهی جراحی زیبایی غیرضروری

بر اساس تحقیقات انجام‌شده توسط پژوهشگران حوزه پزشکی شیعه (۸) به‌طورکلی پزشکی، در دین اسلام نیز ریشه داشته و این موضوع نشان از توجه پیشوایان معصوم به سلامتی و تندرستی مسلمانان دارد (۹). احادیث فراوانی از حضرت محمد (ص) و ائمه (ع) در مورد نظافت، بهداشت، درمان، تغذیه، خواص میوه و سبزی‌ها، مراجعه به پزشک و تذکر نکات ضروری

1 Plastic surgery

2 Aesthetic surgery

به طور مختصر به بیان آن‌ها خواهیم پرداخت.

۱. ادله موافقان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری

موافقان، جهت تائید نظر خود بیشتر به آیات قرآن و روایات استناد نموده‌اند؛ که جهت جلوگیری از اطاله کلام به برخی از آن‌ها که دارای صراحت بیشتری است می‌پردازیم:

الف. ادله قرآنی موافقان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری

در استناد به قرآن، آیاتی از سوره مبارکه اعراف و الرحمن مورد اشاره قرار گرفته است.

آیه ۳۱ «يَا بَنِي آدَمِ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِندَ كُلِّ مَسْجِدٍ... ای فرزندان آدم زینت خود را به هنگام رفتن به مسجد با خود بردارید...» و ۳۲ سوره مبارکه اعراف: «قُلْ مَنْ زِينَةَ اللَّهِ الَّتِي أَخْرَجَ لِعِبَادِهِ وَالطَّيِّبَاتِ مِنَ الرِّزْقِ. ای پیامبر بگو چه کسی زینت‌های الهی را که خداوند برای بندگان خود آفریده و روزی‌های پاکیزه را حرام کرده است؟» (۱۴) به‌عنوان ادله قرآنی جواز جراحی‌های زیبایی معرفی نموده‌اند و پس از توضیح بیان داشته‌اند که این آیات به‌طور صریح مرتبط با جراحی زیبایی نیست. در واقع درصدد نکوهش عمل زشت جمعی از اعراب زمان جاهلیت است که هنگام آمدن به مسجد الحرام و طواف خانه خدا برهنه بودند و هم اندرزی بوده برای افرادی که هنگام نماز و یا رفتن به مسجد، لباس کثیف می‌پوشیدند (۱۵) و بیشتر ناظر به مطلوبیت آراستن و استفاده از مظاهر مادی و بهره بردن از زیبایی‌های آن است.

در آیه ۷۰ و ۷۱ سوره مبارکه الرحمن: «فِيهِنَّ خَيْرَاتٌ حِسَانٌ، فَيَأْتِي آلَاءَ رَبِّكُمَا تَكْذِبَانِ. در آن باغ‌های بهشتی زنانی نیکو خلق و زیبا هستند. پس کدامین نعمت‌های پروردگارتان را انکار می‌کنید؟» به‌عنوان مستند دیگر قرآنی جواز جراحی‌های زیبایی معرفی نموده‌اند (۱۴).

ب. ادله روایی موافقان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری

موافقان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری به برخی روایات

برای حفظ سلامتی جسمی و روانی وجود دارد. منابع مختلف احادیث شیعه مانند بخش السماء و العالم از بحار الانوار علامه مجلسی و کتاب‌های مستقلی همچون «طب النبی (ص)»، «طب الائمه (ع)»، «طب الصادق (ع)» و «طب الرضا (ع)» و مانند آن به این احادیث اشاره دارد (۸). محقق حلی در شرایع الاسلام (۱۰) و مرحوم صاحب جواهر در جواهر الکلام (۱۱) معالجه و مداوای بیماران را لازم و مباشرت پزشک در امر معالجه و درمان را مقدمه‌ای برای حفظ نفوس محترم دانسته‌اند. در مورد قاعده فقهی ضرورت می‌توان دو جنبه برای آن قائل گردید، حفظ جان و سلامتی افراد جنبه فردی آن و لزوم وجود طبیب و حفظ سلامتی مردم جنبه اجتماعی این قاعده است. همچنین ضرورت‌های ناشی از زندگی اجتماعی موجب موجه بودن عمل طبیب (۱۲) و مشروعیت مراجعه به ایشان جهت درمان می‌گردد؛ اما این واقعیت را باید پذیرفت که از آنجاکه عمل جراحی مسئله جدید و به‌روزی است فقها در گذشته نسبت به آن هیچ اظهارنظری ندارند، به‌طور مثال آیت‌الله خوبی در صراط النجاه بیان می‌دارند: «من نمی‌دانم منظور از عمل زیبایی چیست ولی اگر مقصود زیبایی ظاهری و حسن منظر است اشکال ندارد» (۱۳). با این توضیح در مورد مشروعیت عمل‌های زیبایی ضروری (جراحی ترمیمی) فقهای شیعه و سنی مخالفتی ندارند اما فقها در مورد جراحی زیبایی غیر ضروری نظرات متفاوتی دارند. از این‌رو عنوان پژوهش نیز با توجه به این موضوع انتخاب گردیده است و موضوع اصلی پژوهش نیز بررسی این نظرات اختلافی به‌عنوان چالش مشروعیت فقهی جراحی زیبایی غیر ضروری است.

مشروعیت یا عدم مشروعیت جراحی‌های زیبایی

غیر ضروری در دیدگاه فقهی

با توجه به مطالب فوق، فقها در مورد جواز یا عدم جواز، جراحی زیبایی غیر ضروری نظرات گوناگونی بیان داشته‌اند و هریک ادله‌ای جهت تائید نظر خود ارائه نموده‌اند، که در ادامه

نیز به شرح ذیل اشاره نموده‌اند. صحیحه ابوبصیر از امام صادق (ع) که حضرت به نقل از امیرالمؤمنین (ع) فرمود: خداوند متعال زیبایی را دوست دارد تا اثر نعمت‌هایش را بر بنده‌اش ببیند (۱۶). علی بن جعفر از برادرش امام موسی کاظم (ع) در مورد زنی که موی صورت خود را می‌کند. سؤال نمود و امام در جواب فرمود: اشکالی ندارد (۱۷). نظر برخی از فقها معاصر نیز بیانگر عدم مخالفت با چنین جراحی‌هایی است. امام خمینی (ره) در این باره بیان داشته‌اند که عمل جراحی در جهت زیبایی مانعی ندارد و آیت‌الله گلپایگانی هم فرمودند در صورتی که غرض عقلایی باشد اشکال ندارد (۱۸). آیت‌الله مکارم شیرازی نیز معتقد است در صورتی که جراحی آمیخته با حرام دیگری نباشد در این صورت اشکال ندارد و جایز است (۱۹،۲۰). آیت‌الله سیستانی نیز آن را بدون اشکال می‌داند. آیت‌الله فاضل لنکرانی می‌گوید: مانعی ندارد اگر چه احتیاط در ترک آن است. آیت‌الله صافی گلپایگانی نیز بیان داشته‌اند که اگر غرض عقلایی در بین باشد اشکال ندارد (۲۱).

۲. ادله مخالفان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری

مخالفان به‌مانند موافقان، جهت تائید نظر خود بیشتر به آیات قرآن و روایات استناد نموده‌اند (۲۲)؛ که جهت جلوگیری از اطاله کلام به برخی از آن‌ها که دارای صراحت بیشتری است می‌پردازیم.

الف. ادله قرآنی مخالفان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری

خداوند در آیه ۱۱۹ و ۱۲۰ سوره مبارکه نساء می‌فرماید: «وَلَا ضَلِيلُهُمْ وَلَا مُمْسِكُهُمْ وَلَا يَمْرُؤُهُمْ فَلْيَتَّكِنِ الْإِنْعَامَ وَلَا يَمْرُؤُهُمْ فَلْيَغْرِزْنَ خَلْقَ اللَّهِ وَمَنْ يَتَّخِذِ الشَّيْطَانَ وَلِيًّا مِنْ دُونِ اللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خَسِرَانًا مَبِينًا يَعْدَهُمْ وَيَمْنِيهِمْ وَمَا يَعْدَهُمُ الشَّيْطَانُ إِلَّا غُرُورًا؛ و آن‌ها را گمراه می‌کنم و به آرزوها سرگرم می‌سازم و به آنان دستور می‌دهم که اعمال خرافی انجام دهند و گوش چهارپایان را

بشکافند و آفرینش پاک خدایی را تغییر دهند و هر کس شیطان را به جای خدا ولی خود برگزیند زبان آشکاری کرده است. شیطان به آن‌ها وعده‌های دروغین می‌دهد و به آرزوها سرگرم می‌سازد درحالی‌که جز فریب و نیرنگ به آن‌ها وعده نمی‌دهد» (۱۴). علامه طباطبایی در تفسیر المیزان در ذیل این آیه چنین بیان داشته‌اند که: شیطان به ایشان دستور داد که گوش حیوانات را ببرند و آنچه را خدای متعال حلال کرده ایشان حرام کنند و خلق‌الله را تغییر دهند که این بر اموری مانند اخته کردن مثله کردن لواط و مساحقه منطبق نمی‌شود. وی در ادامه می‌گوید: بعید نیست که مراد از تغییر خلق‌الله، خروج از فطرت الهی و ترک دین حنیف باشد، زیرا خداوند متعال فرمود: پس روی خود را با گرایش تمام به حق به سوی این دین کن با همان سرشتی که خدا مردم را بر آن سرشته است. آفرینش تغییرپذیر نیست و این همان دین پایدار است (۲۳).

آیه ۱۳۸ سوره مبارکه بقره: «صَبَّغَةَ اللّٰهِ وَ مِنْ اَحْسِنُ مَنْ اللّٰهِ صَبَّغَةَ وَ نَجْنُ لِهٖ عَابِدُونَ». رنگ خدایی بپذیرید رنگ، ایمان توحید و اسلام و چه رنگی از رنگ خدایی بهتر است؟! و ما تنها او را عبادت می‌کنیم.» نیز از مستندات قابل ذکر است (۱۴). برخی نویسندگان معاصر در تفسیر این آیه بیان داشته‌اند که انجام جراحی زیبایی مغایر با اعتقاد به قضا و قدر الهی و ضرورت تسلیم در برابر آن است زیرا نباید تغییر و تصرفی در نگارگری اولیه انسان صورت پذیرد (۲۴). این گروه با توجه به ظاهر آیه و با در نظر گرفتن معنای لغوی «صَبَّغَةَ» هرگونه دخل و تصرف در آفرینش از انسان را مخالف با صورتگری اولیه فرض کرده و آن‌ها را به تبعیت از رنگ‌آمیزی اولیه خدایی دعوت کرده‌اند (۲۲).

ب. ادله روایی مخالفان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری
مخالفان جواز جراحی‌های زیبایی غیر ضروری به برخی روایات نیز به شرح ذیل اشاره نموده‌اند.

علی بن غراب از امام صادق از پدراناش روایت می‌کند که پیامبر هشت گروه: نامصه، منتصمه، واشره، موت شره، واصله،

کردن و لمس حرام به خاطر آن جایز نیست، مگر در مواردی که برای درمان سوختگی و مانند آن باشد و پزشک مجبور به لمس و نگاه کردن باشد (۲۹).

اذن زوج در عمل‌های زیباییي زوجه از دیدگاه فقهی

در مطالبی که گذشت، اشاره شد که عمل‌های زیباییي یا به قصد درمان صورت می‌گیرد یا صرفاً به قصد زیباییي؛ اما نکته قابل‌ذکر در رابطه بین زوجین است در مواقعی که زوجه قصد چنین عمل‌هایی را دارد. در مورد آن دسته از عمل‌هایی که زوجه به قصد معالجه و درمان انجام می‌دهد، بحث خاصی وجود ندارد، در واقع می‌توان گفت این نوع عمل‌ها نیازی به اذن زوج ندارد و از موارد انفاقی بین فقهاست، زیرا جزء واجبات عقلی است و مانند انجام واجبات شرعی مثل حج نیازی به اذن زوج ندارد (۳۰). با این توضیح زوج نمی‌تواند زوجه را از جراحی‌های زیباییي که جنبه درمانی دارد منع کند؛ اما در مورد اذن زوج در عمل‌های زیباییي غیرضروری زوجه، بین فقها اختلاف نظر وجود دارد و برخی از فقها اذن زوج را در این عمل‌ها ضروری می‌دانند و برخی نیز ضروری نمی‌دانند که در ادامه به بررسی این نظرات می‌پردازیم. برخی نویسندگان (۳۱) به استناد به برخی فتواها و استفتائات از سایت‌های مراجع عالیقدر مانند آیت‌الله نوری همدانی، آیت‌الله تبریزی، آیت‌الله سیستانی، بیان داشته‌اند که فی‌نفسه انجام عمل‌های زیباییي زوجه نیازی به اذن از جانب زوج ندارد و تنها مانعی که وجود دارد بحث اذن زوج جهت خروج زوجه از منزل مشترک است. در این باره نیز سه نظر ارائه گردیده است:

الف. حرمت خروج به صورت مطلق: برخی فقها خروج زوجه از منزل را، مطلقاً بدون اذن زوج موجب حرمت دانسته‌اند و باعث ناشزه شدن زوجه می‌گردد (۳۲، ۳۳).

ب. حرمت خروج در صورت تنافی با حق استمتاع: برخی فقها (۳۴، ۳۵) اذن زوج را محدود به حق استمتاع وی دانسته‌اند و حتی برخی دیگر بیان داشته‌اند (۳۶) که اگر خروج زوجه از منزل

مستوصله، واشمه و مستوشمه را لعنت فرمود (۲۵). در سنت نبوی گروهی از زنان لعنت شده‌اند از جمله اوصاف آنان این است: «المتفلجات للحسن المغيرات خلق الله؛ آنانی که میان دندان‌هایشان فاصله انداخته و خلقت الهی را تغییر می‌دهند» و پیامبر در مورد آن می‌فرماید: «لعن الله الواشمات والمستوشمات والنامصات والمتنمصات والمتفلجات للحسن المغيرات خلق الله؛ خداوند زنانی را که خال کوبی می‌کنند و زنانی را که بر بدنشان خال کوبی می‌شود و زنانی را که موی صورت زنان دیگر را می‌زدایند و زنانی را که موی صورتشان زدوده می‌شود، نیز زنانی را که دندان‌های خویش را به خاطر زینت اصلاح می‌کنند فاصله بین دندان‌ها را باز می‌کند لعنت می‌کند» این‌ها کسانی هستند که خلقت خدا را تغییر می‌دهند (۲۶). در این حدیث پیامبر (ص) میان زیبا طلبی و تغییر خلقت جمع نموده‌اند. این هر دو مفهوم در جراحی زیباییي اندام وجود دارد که شخص به خاطر زیباییي یا افزایش آن اقدام به تغییر خلقت می‌کند. به نظر برخی، این روایت و آیه قرآن اشاره به علت نهی بین تغییر خلقت و طلب زیباییي دارد که هر دو در جراحی زیباییي وجود دارد، پس جراحی زیباییي در این وعده شدید داخل می‌شود، بنابراین انجام جراحی زیباییي جایز نیست (۲۷) و این نوع جراحی به‌ویژه در مواردی که چین‌وچروک صورت برداشته می‌شود، مصداق فریب و نیرنگ بوده که شرعاً حرام است (۲۸) و در ادامه بیان داشته‌اند که این جراحی ضرر رساندن به بدن است و ضرر رساندن به بدن حرام است، زیرا پیامبر فرمودند: «لا ضرر و لا ضرار» واژه ضرر، مطلق است و ضرر نفس و غیر را شامل می‌شود (۲۸). این حدیث پیامبر یک قاعده است که بر مبنای آن هر امری که باعث زبان وارد ساختن به جسم و بدن گردد استفاده از آن مجاز نیست و باید از روش‌هایی استفاده شود که برای جسم و بدن زیان آور نباشد و برخی فقها معاصر نیز مانند حضرت آیت‌الله العظمی خامنه‌ای در استفتائات خود درباره لمس کردن و نگاه کردن پزشک در جراحی زیباییي می‌گویند: عمل جراحی و زیباییي، درمان بیماری محسوب نمی‌شود و نگاه

با حق استمتاع زوج منافی نباشد، مطلقاً حرام نیست.

پ. حرمت خروج با در نظر گرفتن مصالح خانوادگی: مرحوم کاتوزیان بیان می‌دارد که زوج برای اینکه بتواند خانواده را حفظ کند، این حق را دارد که معاشرت‌ها و رفت آمد های زوجه را تحت نظر بگیرد و او را از رفتارهای ناشایستی که سبب از بین رفتن سلامت خانواده است بازدارد (۳۷). نویسنده دیگر همسو با این نظر بیان داشته است که باید به این نکته توجه داشت که اذن زوج در خروج از منزل فقط از باب تمکین نیست، بلکه تعیین ریاست زوج در منزل است زیرا که او مسئول حفظ حرمت و مصلحت خانواده است و این حق زوج است بر اساس وظیفه‌ای که دارد، رفت آمدهای همسرش را تحت نظر داشته باشد و حتی محدودیت‌هایی را برای او در نظر بگیرد (۳۸). با توجه به نظرات فوق چنین می‌توان نتیجه گرفت که در صورتی زوج حق ممانعت زوجه از انجام اعمال جراحی زیبایی غیر ضروری را دارد که خروج زوجه از منزل برای انجام چنین اعمال باعث تضعیف رابطه زوجه و همسرش شود.

تعهد پزشک در برابر بیمار از دیدگاه فقهی

رابطه بیمار و پزشک یک رابطه قراردادی است پس مسئولیت پزشک، مسئولیت ناشی از قرارداد است (۳۹)؛ اما در این باره نیز اختلاف نظر وجود دارد که آیا تعهدات پزشک تعهد به وسیله است یا تعهد به نتیجه. در سوابق فقهی و مشهور فقهای امامیه با استناد به اجماع قاعده اتلاف و روایت سکونی از امیرالمؤمنین علیه السلام طبیب را متعهد به نتیجه می‌دانند (۴۰، ۳۲) و با رد اصل برائت و عموم قاعده احسان طبیب را ضامن همه نوع خسارات وارده به بیمار می‌دانند ولو اینکه در کار خود حذاقت و تخصص کافی هم داشته باشند و اذن در معالجه هم تحصیل کرده باشد (۴۱، ۴۲). بعضی از فقها با تعبیر به «لاخلاف» و «اجماعاً» ادعای اجماع در این مسئله کرده‌اند (۴۳). البته اقلیتی از فقها نیز معتقدند که طبیب و بیمار حاذق که اذن در معالجه داشته

باشد و مرتکب تقصیری هم نشود، مسئولیت نخواهد داشت و در واقع تعهد آن‌ها را تعهد به وسیله دانسته‌اند (۴۵، ۴۴). برخی از فقهای متأخر (۴۶) بدین نظریه تمایل نشان داده‌اند و طبیب و بیمار را در صورت تحصیل اذن و رعایت موازین علمی و فنی، روی به عدم ضمان آن‌ها داده‌اند. صاحب جواهر نیز مباشرت پزشک در امر معالجه و درمان را مقدمه‌ای برای حفظ نفوس محترم دانسته و معتقد است که اگر ممکن نباشد تا پزشک قبل از درمان خویشتن را مبری از مسئولیت نماید معالجه و مداوای بیماران متعذر نداشته و خواهد شد (۴۷). محقق حلی در شرایع الاسلام معالجه و مداوای بیماران را لازم دانسته و معتقد است که اگر ابراء ذمه پزشک مشروع نباشد معالجه و مداوای بیماران با مشکلی مواجه نخواهد شد (۴۸). البته فقهای قدیم با توجه به اینکه اعمال زیبایی در آن دوران مرسوم نبوده، درباره تعهد پزشک در این نوع اعمال نیز مطالبی بیان نموده‌اند.

شمول هزینه‌های جراحی زیبایی غیر ضروری در نفقه زوجه

جهت بررسی این موضوع ابتدا به معنی و مفهوم نفقه می‌پردازیم، زیرا تعریف اصطلاحات موجب غنا پژوهش می‌گردد. نفقه در لغت به معنای صرف و خرج و کسر و آنچه از دراهم^۱ کم و فانی شود آمده است. نفقه به معنای آنچه بذل و بخشش کنند یا چیزی که انسان برای عیالش خرج می‌کند نیز استعمال شده است و هنگامی که گفته می‌شود «أنفق ماله» یعنی مالش را خرج و مصرف کرد (۴۹) و از نظر فقهی نفقه دادن تأمین هزینه زندگی کسی آن‌گونه که عادتاً بدان نیازمند است، از خوراک و پوشاک و مسکن و سایر نیازمندی‌های زندگی است (۵۰). نفقه در آیاتی از قرآن مانند آیه ۳۴ سوره مبارکه نساء: «الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضُهُمْ عَلَى بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ... مردان، سرپرست زنانند، به دلیل برتری‌هایی که خداوند (از نظر نظام اجتماع) برای بعضی نسبت به بعضی

این آیه « وَ عَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ » که «وَلَوْلَدٍ لَهُ» به معنای پدر تفسیر شده، پدر موظف به تأمین نیازمندی‌های ضروری زن تا زمانی که همسر اوست است و نفقه دهنده شرعاً و قانوناً ملزم به پرداخت نفقه خواهد بود (۵۳).

مصادیق نفقه زوجه در فقه

در مورد موارد و مصادیقی که نفقه محسوب می‌گردد فقها نظرات مختلفی بیان نموده‌اند. برخی بیان داشته‌اند که خوراک شامل خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها و نیز انواع خورش می‌شود (۵۴) که قرآن به صورت عام (وَ عَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ) آن را متذکر می‌شود. پوشاک شامل البسه پوشیدنی که قرآن از آن به عنوان «کسوه» یاد می‌کند (وَ عَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَ كِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ). وجوب تهیه مسکن برای زوجه صراحتاً در آیه ۶ سوره مبارکه طلاق بیان گردیده است «أَسْكِنُوهُنَّ مِنْ حَيْثُ سَكِنْتُمْ مِنْ وَجْدِكُمْ؛ زنانی که طلاق رجعی دهید تا در عهده‌اند، آن‌ها را در همان منزل خویش که میسر شماست بنشانید» (۱۴). بعضی از فقها به اثاث منزل، خادم هزینه دارو و درمان هزینه نظافت و بهداشت و آرایش اشاره کرده‌اند (۵۵). به‌طور کلی به بیان دیگر، با استنباط از متون فقهی امامیه و عامه، نفقه در اصطلاح شرع عبارت است از: «چیزی که زنی از دیدگاه فریقین برای معیشت به آن نیازمند است مانند طعام لباس مسکن و آنچه میان مردم متعارف باشد» (۵۶)؛ و از نظر عرف آنچه زوجه به آن نیاز داشته باشد جزو نفقه به شمار می‌رود. این احادیث نشان می‌دهند که نیکی به خانواده و تلاش در توسعه زندگی آنان در پیشگاه خدا و ائمه اطهار (علیه السلام) از بهترین اعمال بوده و پاداش این کار حتی از آزاد کردن برده‌ای در راه خدا بالاتر است و این صفات از علائم ایمان است و آثار این صفت این است که خدا نعمت خود را به چنین کسانی ارزانی نموده و چنین خانواده‌هایی در مهر و صفا و آرامش کامل زندگی می‌کنند (۵۷)؛ اما سؤال قابل طرح، مفهوم و مصادیق

دیگر قرار داده است و به دلیل انفاق‌هایی که از اموالشان (در مورد زنان) می‌کنند» مورد اشاره قرار گرفته است (۱۴). در این آیه مرد (زوج) را به خاطر بعضی ویژگی‌های خاصی که نسبت به زن دارد، سرپرست او دانسته در مقابل انفاق و تأمین مایحتاج زندگی را به عهده سرپرست قرار داده است (۵۱). به تفسیر دیگر مردان سرپرست و خدمتگزار زنان هستند به خاطر برتری‌هایی که خداوند برای بعضی نسبت به بعضی دیگر قرار داده است و به دلیل انفاق‌هایی که از اموالشان علی سبیل وجوب، نسبت به زنان می‌کنند (۵۲). خداوند متعال در آیه فوق یک تکلیف را در مقابل یک حق قرار داده است، حق همان ریاست بر خانواده و تکلیف دادن نفقه به همسر و فرزندان است. این حق به دلیل برتری‌های طبیعی جنس مرد به وی سپرده شده است. آیه فوق بعد از اینکه اصل سرپرستی و ریاست شوهر را بیان می‌کند به حکمت این حق اشاره نموده و می‌فرماید: «بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى بَعْضٍ» این سرپرستی به خاطر تفاوت‌هایی است که خداوند از نظر آفرینش روی مصلحت نوع بشر میان آن‌ها قرار داده است. بلافاصله در مقابل چنین حقی تکلیفی را به عهده شوهر قرار می‌دهد و می‌فرماید: «وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ» این سرپرستی به خاطر تعهداتی است که مردان در مورد انفاق کردن و پرداخت‌های مالی در برابر زنان و خانواده به عهده دارند (۵۱). از آیات دیگر، قسمتی از آیه ۲۳۳ سوره مبارکه بقره: «وَ عَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَ كِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ؛ تأمین خوراک و پوشاک مادران شیردهنده به‌طور شایسته و متعارف بر عهده پدر فرزند است» قابل استناد است (۱۴) و فقها در تفسیر این آیه بیان داشته‌اند: از آنجاکه وظیفه شیردهی به دوش مادر نهاده شده خداوند نخواست به بر مادر اجحاف شود زیرا بچه داری وظیفه‌ای بس حساس سنگین و خطیر است که مادر افزون بر دادن شیره جان خود به فرزند او را سرشار از عواطف انسانی و لبریز از مهر و محبت مادری می‌نماید. از این رو اسلام هزینه زندگی مادر و نیازمندی‌های او را به دوش پدر گذاشته تا با خاطر آسوده به کودک رسیدگی شود؛ بنابراین، طبق

واکاوی فقهی چالش‌های عمل‌های زیبایی غیر ضروری ...

است یا خیر؟ در مراجعه به نصوص، به آیه ۲۳۳ سوره مبارکه بقره می‌رسیم که بیان می‌دارد («... رَزَقْنَهُنَّ وَ كَسَوْنَهُنَّ...») در احادیث نیز آمده که برطرف کردن گرسنگی زوجه و پوشاندن عورت او بر عهده زوج است (۶۰). ولی در کتاب و سنت ذکری از دارو و پزشک و درمان نیست فقها نیز معمولاً نفقه را به خوراک پوشاک و مسکن محدود کرده‌اند و به درمان تصریح نشده است. حتی این نظر هم وجود دارد که زوجه استحقاق دارو برای درمان مرض و دستمزد حجامت و حمام را جز در هوای سرد از زوج ندارد. در این میان فتوای امام خمینی (ره) قابل قبول است که اگر زوجه به سبب بیماری‌های متداول به درمان نیاز داشته باشد بر زوج واجب است که هزینه آن را بپردازد و اگر بیماری نادر و صعب‌العلاجی است که درمان آن به هزینه فراوان نیاز دارد جزو نفقه وی به شمار نمی‌رود و زوج ملزم به تأمین آن نیست (۶۱). با این توضیح آنچه مسلم است اختلاف نظر بین فقها در اصل شمول هزینه‌های درمانی در نفقه زوجه و در صورت پذیرش شمول، اختلاف در محدوده این هزینه‌ها است.

شمول نفقه بر هزینه‌ها و بیماری‌های متعارف و نامتعارف یا صرفاً متعارف

در این نظریه فقها ضمن پذیرش شمول نفقه بر هزینه‌های درمانی و بهداشتی به اطلاق ادله در این باب قائل‌اند به گونه‌ای که نفقه هم هزینه‌ها و بیماری‌های درمانی و بهداشتی متعارف را در برمی‌گیرد و هم هزینه‌ها و بیماری‌های نامتعارف را این گروه از فقها که بیشتر فقهای معاصرند به ادله نقلی و عقلی تمسک کرده‌اند. در مقابل این نظریه عده‌ای دیگر معتقدند تنها هزینه‌های متعارف درمانی و بهداشتی مشمول نفقه می‌شوند ادله نظریه عمومیت هزینه‌ها و بیماری‌ها را می‌توان در موارد ذیل برشمرد. آیه ۲۲۹ سوره بقره بیان می‌دارد که «...فَإِمْسَاكُ بَمِعْرُوفٍ...» در این نظریه به عمومیت این کلام الهی استدلال شده است که هم شامل هزینه‌های متعارف و هم غیرمتعارف

هزینه‌های درمانی و بهداشتی در این ماده است؟ در جهت پاسخ به این موضوع طبق مطالبی که گذشت می‌توان گفت، بهداشت، درمان و حفظ سلامتی مورد تأیید دین مبین اسلام بوده است و کتب مختلفی که در زمینه طب اسلامی نگارش یافته، مؤید این مطلب است؛ اما در مورد اینکه هزینه درمانی و بهداشتی شامل چه مواردی است، اختلاف نظر وجود دارد. نظر فقهای امامیه در مورد هزینه‌های درمانی زوجه عمدتاً در این دو نظر که بر مبنای تحلیل فتوای امام خمینی (ره) و تحلیل فتوای آیت‌الله خویی (ره) است، خلاصه می‌شود.

از نظر امام (ره) داروهای متعارفی که نیاز به آن‌ها زیاد و همه‌گیر است جزو نفقه زوجه است ولی دارویی که در معالجات سخت مصرف می‌شود مثل سرطان، پیوند قلب و غیره و زوجه از باب اتفاق به آن نیاز دارد به‌ویژه اگر بذل مال زیادی برای آن لازم باشد جزو نفقه زوجه محسوب نمی‌شود و بر ذمه زوج نیست که آن‌ها را از باب اتفاق بپردازد. ایشان مطلقاً چه با وجود عسر و حرج چه با عدم آن برای زوج پرداخت هزینه‌های غیرمتعارف از سوی زوج را از باب احسان می‌دانند نه اتفاق (۵۸). آیت‌الله خویی (ره) هزینه‌های درمانی حتی در بیماری‌های غیرمتعارف را جزو نفقه می‌داند که زوج باید بپردازد ولی مرز وجوب آن را تا جایی می‌داند که زوج به سبب پرداخت این نفقه به عسر و حرج مبتلا نشود اما اگر پرداخت این نفقه باعث عسر و حرج زوج شود، پرداخت بر او واجب نیست. ایشان پرداخت هزینه‌های غیرمتعارف از سوی زوج را مطلقاً از باب احسان نمی‌دانند بلکه فقط در صورت در عسر و حرج بودن زوج این پرداخت را از باب احسان می‌دانند والا در صورت عدم قرار داشتن زوج در عسر و حرج این پرداخت را از باب اتفاق می‌دانند (۵۹). در جمع‌بندی نظر علمای امامیه این پرسش مطرح می‌شود که اگر زوجه به عمل جراحی نیاز داشته باشد، آیا زوج ملزم به تأمین مخارج بیماری و عمل جراحی وی است؟ پاسخ این پرسش ما را به این بحث می‌کشاند که آیا مخارج درمانی جز نفقه زوجه

این آیات معاشرت به معروف و امساک به معروف واجب است؛ بنابراین چاره‌ای نیست جز اینکه به آنچه بین ازواج و زوجات متعارف است اقدام شود (۶۶). با این استدلال هزینه‌های درمانی و بهداشتی نیز می‌تواند یکی از این امور متعارف باشد که مصداقی از آیات فوق قرار می‌گیرد البته در نظریه قبلی نیز گروهی از فقها به همین آیه استناد کرده و از عمومیت آن در راستای اثبات مدعای خود بهره برده‌اند اما در این نظریه از عبارت «مِعْرُوفٍ» در این آیه استفاده شده نه از عمومیت آن. طرفداران این نظریه به روایت شهاب بن عبد ربه از امام صادق (ع) که بیان می‌دارد: «قُلْتُ لِأَبِي عَبْدِ اللَّهِ (ع) حَقُّ الْمَرْأَةِ عَلَيَّ زَوْجَهَا أَنْ يَسُدَّ جَوْعَتَهَا وَ أَنْ يَسْتَرْ عَوْرَتَهَا وَ لَا يَفْبَحَ لَهَا وَجْهًا...» نیز استناد نموده‌اند (۶۵).

«... لَا يَفْبَحَ لَهَا وَجْهًا...» در این روایت حقی را برای زن به وجود می‌آورد و آن این است که شوهر نباید باعث تقبیح وجه زن شود بنابراین واجب است شوهر هر آنچه برای رفع این قباحت از وجه و ظاهر زن لازم است را فراهم کند مثل اجرت حمام و همچنین سایر اسباب و آلات نظافت (۶۸).

نتیجه‌گیری

همان‌طور که گذشت در مورد اعمال درمانی و زیبایی ضروری که به نوعی در حکم اعمال درمانی محسوب می‌شود چالش‌های مهمی وجود ندارد و در فقه اسلامی با وجود اختلافات، در نهایت می‌توان گفت اتفاق نظر وجود دارد اما در مورد اعمال زیبایی غیرضروری در باب مشروعیت اقدامات، نوع تعهد طبیب، اختلاف نظر وجود دارد و نیازمند یکسان‌سازی رویه در این مورد است تا بیمار و طبیب تکالیف خود را در قبال یکدیگر بشناسند. در رابطه با زوجین نیز همان‌طور که گفتیم در مورد اعمال درمانی و زیبایی ضروری اختلافی نیست، اما در مورد اعمال زیبایی غیرضروری بین فقها اختلاف نظر وجود داشت به نوعی که این اختلاف نظر تأثیر در تکالیف زوجین در قبال یکدیگر می‌گذارد.

می‌شود. برخی از فقهای معاصر شیعه پس از بیان اینکه هزینه‌های دارویی جزء نفقه است در مورد هزینه‌های درمانی در بیماری‌های صعب‌العلاج نیز با استفاده از همین عمومیت آیه، قائل به وجوب آن بر زوج هستند (۶۲). البته برخی از فقها ضمن پذیرش شمول نفقه بر هزینه‌های درمانی و بهداشتی متعارف و نامتعارف تحمل هزینه‌های نامتعارف را به حرجی نبودن آن بر شوهر مقید می‌دانند یعنی در صورت وجود حرج بر شوهر آن را واجب نمی‌دانند (۶۳). برخی نویسندگان نیز هزینه‌های دارویی و درمانی بیماری‌های صعب‌العلاج مثل سرطان که نیاز به عمل‌های جراحی پرهزینه دارند را نیز در اینکه شامل نفقه شوند بعید نمی‌دانند اما در نهایت این نویسنده نیز همچون محقق سبزواری آن را به حرجی نبودن برای شوهر مقید می‌دانند (۶۴). روایت دیگر از امام صادق (ع) وجود دارد که می‌فرماید: « قُلْتُ مِنَ الَّذِي أُجْبَرُ عَلَيْهِ وَ تَلَزِمُنِي نَفَقَتِهِ قَالَ الْوَالِدَانِ وَ الْوَالِدِ وَ الرَّوْحَةِ ». در این روایت شوهر به پرداخت نفقه افرادی از جمله زن ملزم شده است و این الزام اطلاق دارد و اختصاص به شیء و مورد خاصی ندارد (۶۵). از سوی دیگر این الزام به معنای وجوب است، بنابراین بر شوهر واجب است تا نفقه زن را بپردازد (۶۶). طبق این استدلال مسلم است که هزینه‌های درمانی و بهداشتی نیز جزء نفقه محسوب می‌شود و بر شوهر واجب است تا آن‌ها را بپردازد. البته نسبت به میزان آن یعنی متعارف یا نامتعارف بودن بیانی ندارد ولی به نظر می‌رسد اطلاق آن موارد نامتعارف را نیز شامل می‌شود (۶۷). همان‌طور که گفته شد درباره شمول نفقه بر هزینه‌های درمانی و بهداشتی در نظریه فوق نفقه شامل هزینه‌ها و بیماری‌های متعارف و نامتعارف است و طبق نظریه دیگر نفقه تنها هزینه‌ها و بیماری‌های متعارف را در برمی‌گیرد که طرفداران این نظر جهت تأیید نظر خود به ادله قرآنی مانند آیه ۱۹ سوره مبارکه نساء «... وَ عَاشِرُوهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ...» و همچنین آیه ۲۲۹ سوره مبارکه بقره «... فَإِمْسَاكِكُمْ بِالْمَعْرُوفِ...» استناد نموده‌اند که طبق

این اختلاف‌نظرهای فقهی در نهایت در تفسیر قوانین نیز بی‌تأثیر نخواهد بود؛ بنابراین نیازمند این موضوع است که قانون‌گذار تا حد ممکن با اصلاح قوانین با پذیرش نظر فقهی مقبول عرف، جامعه و اکثریت فقها، به این اختلافات پایان دهد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه کسانی که در تهیه منابع کمک نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show845048/>
2. Olsen M ,Olsen M.Cosmetic Surgery .Translated by Shahroz Farhang .First Edition.Tehran:publication of the training key}.2009:persian{
3. Qassimi M .Principles of facial plastic and reconstructive surgery .First Edition .Tehran: Publication of Taimurzadeh}.2000 :persian{
4. Salehi H .Cosmetic surgery :Necessity or excess ?A promise in the nature of the obligations of cosmetic surgeons .Medical Law Quarterly.116_97:(18):2011. }persian{
5. Monajami A .Plastic Surgery.fourth edition.tehran: Published by Selis and Azadmehr}.2013 :persian{
6. Shoja P .Contractual responsibility of the doctor to the patient.First Edition.Tehran :Ferdowsi Publishing}.2010:persian{
7. Abbasi m ,Talbi roštami m .Cosmetic surgery and conditions for the doctor's exemption from criminal liability.MedicalLawQuarterly.192_153:(34)2015:9. }persian{
8. Montaseb majabi H.Shia medicine texts in the history of medicine.Journal of library studies and information organization}.61_52:(49):2002.persian{
9. Ebrahimi A.Analyzing the validation and brokering typology of medical jurisprudence traditions.Balag Mobin magazine}.86_55:(58,59):2019.persian{
10. Hali A .Islamic law .Translated by Abu al-Qasim bin Ahmad Yazdi .The fourth volume .Sixth edition. Tehran :Tehran University Publication.1996 :
11. Najafi M .Jewels of speech .The forty-second and third volumes .tehran:Publication of the Islamic library.1983:
12. Saheti F .Criminal responsibility of doctors due to crimes and medical violations .Master's thesis. Islamic Azad University ,Tehran Branch.2004. }persian{
13. Khoyi A .The Path of Salvation) stuffed by Al-Khuni.(first volume.Qom :Publication office publishing team.1995:
14. <http://www.parsquran.com/book/>
15. Makarem Shirazi N.Sample interpretation.first volume.First Edition.Tehran:Publishing House of Islamic Books}.1995:persian{
16. Clini M .Al-Kafi .The sixth volume.fourth edition. Tehran :Publishing House of Islamic Books.1986:
17. Hore ameli M .Details of the means of the Shia to study the issues of the Shari'a.The twentieth volume .First Edition .qom :Publication of Al-Bayt Institute.1988:
18. Talati H ,Talati M .The decrees of doctors and professions related to medicine .Qom :Book Boštan Publishing}.1996:persian{
19. Makarem Shirazi N .New polls.Prepared and arranged by Abulqasem Alian Nejadi.first volume .Qom: Imam Ali Ibn Abitaleb School publication.2002:
20. Makarem Shirazi N .New polls.Prepared and arranged by Abulqasem Alian Nejadi .Volume III .Qom :Imam Ali Ibn Abitaleb School publication.2002:
21. Mahmoudi M.New issues from the perspective of scholars and taqlid authorities.first volume. Varamin:Scientific and cultural publication of Sahib al-Zaman}.2002:persian{
22. Sanei A .Jurisprudential analysis of the evidence of the illegality of surgery .Imami jurisprudence research publication}.168_146:(7):2016.persian{
23. Tabatabai M .Tafsir al-Mizan.The fifth volume.Qom: Publication of the Islamic Publications Office.2019 :
24. Hoseni M .Cosmetic surgical operations and their criminal legitimacy between Sharia and the law. Damascus:Published by the Ibn Idris Hilli Center for Jurisprudence Studies.2008:
25. Hore ameli M.wasa'il al-shia.First Edition.qom: Publication of Al-Bayt Institute.1989:
26. Qurtubi M .The comprehensive of the provisions of the Quran.The eighteenth volume .Beirut :Published by the Arab Heritage Revival House.1984:
27. Muhammad Othman Sh .Provisions of plastic surgery in Islamic jurisprudence .First time .Kuwait: Publication by Al-Falah Library.1989 :
28. Clini M .Al-Kafi .The twentieth volume. Qom :Publisher Dar al-Hadith for printing and publishing.2008:
29. Muslim Zadeh T.The Treatise on Explanation of Issues - Imam Khomeini's Mahshi) six references(along with the Fatwas of Ayat-e-Azam) Behjat, Khamenei ,Sistani ,Safi Golpayegani .(Volume.6 Mashhad :Hatef Publishing}.2007 :persian{
30. Golpayegan M .judge.Volume III.Qom :Publication of Dar al-Quran Karim.1992:
31. Fallah Tafti F .Azimi Vahid A .Jurisprudential analysis of the necessity of husband's permission regarding wife's cosmetic surgeries .Quarterly Journal of Women and Family Studies.114-139(3)1981:11. }persian{

- 32 .Tabatabai A .Riyad al-Masal in stating the rulings of Sharia with reasons .The seventh volume Tehran: Dar al-Mahdi publication.1991:
- 33 .Hakim M .Minhaj al-Salehin .The second volume. Beirut :Al-Tarif Publication for Press.1990 :
- 34 .Tabrizi j .New polls .Qom :Publishing Center of Islamic Information and Documents.1999:
- 35 .Shabiri Zanjani M .Book of Marriage .Volume.10 Tehran :Rai Pardaz Research Institute Publishing: .2002
- 36 .Khoyi A.Encyclopedia of Imam Al-Khoei.The second volume .Qom Publication of Imam Al-Khoei Works Revival Institute.1997:
- 37 .Katouzian N .civil rights) family .(Volume .1 Tehran: Bahman Publishing House1996:
- 38 .Shams al-Din M .Critical issues in women's jurisprudence .Beirut :Published by the International Institute for Studies and Publishing.1996:
- 39 .Salehi H ,Falah M ,Abbasi M .The nature of medical obligations in the light of comparative study .Medical Law Quarterly}.152_131:(14)2010:4.persian{
- 40 .Al-Mutahhari A .Documentary written by al-Wasila Kitab al-Diyat .Tehran:Publication of Professor Motahari's works.1984:
- 41 .Shahid Sani A .Editing Al-Rawda fi Sharh Al-Luma'a .Sixth edition .The second volume.tehran: Al-Samat Library publication.2004:
- 42 .Khoei A.Buildings that complement the curriculum. The forty-second volume .Third edition.qom: Foreword published by Imam Al-Houthi's works.2007:
- 43 .Najafi M.Jewels of speech in explaining the laws of Islam .The forty-second volume .Beirut:Publisher of Revival of the Arabic Tradition.1982:
- 44 .Ibn Idris M .Al-Raer Al-Hawi to edit Fatwas .second edition .Volume III.qom:Introduction published by the Islamic Publishing Foundation}.1991:persian{
- 45 .Al-hoseini R .Al-Sadiq jurisprudence.second edition. The twenty-sixth volume.qom :Publications of Dar Al-Kitab Foundation}.1991:persian{
- 46 .Mousavi Bojnarudi M.Civil and criminal liability of the doctor.Judicial and Legal Journal of Justice}.44_39:(9)1993:57.persian{
- 47 .Najafi M .Jewels of speech .The forty-second volume. tehran:Publication of the Islamic library.1986:
- 48 .Hali A .Islamic law .Translated by Abu al-Qasim bin Ahmad Yazdi .The fourth volume .Sixth edition. Tehran :University of Tehran publication.1996: }persian{
- 49 .Ibn Manzoor A .Arabic language .The first volume. qom :Publication of domain literature.1984:
- 50 .Faiz A .Principles of jurisprudence and principles. 16th edition .Tehran :Published by Tehran University: }.2013persian{
- 51 .Makarem Shirazi N .Sample interpretation .Volume III .Thirty-sixth edition.tehran :Publisher of Al-Kutub al-Islamiya.2008:
- 52 .Tabatabai M.Al-Mizan in the of the Quran. The fourth volume.Beirut :Published by Alamy Foundation.1989:
- 53 .Tabatabai M.Al-Mizan in the interpretation of the Quran.The second volume.Beirut :Published by Alamy Foundation.1984:
- 54 .Al-amili Z .Ways of understanding .The fifth volume.qom :Published by the Islamic Knowledge Foundation}.2002:persian{
- 55 .Khoyi A .The curriculum of the righteous .The second volume .Twenty-eighth edition .Qom :Madinat al-Alam publication.1990:
- 56 .Mohaqeq damad M.Legal examination of the marriage family and its dissolution .Qom :Publishing Center of Islamic Sciences}.2004 :persian{
- 57 .Babazadeh A .Sobhani J .Marriage and family law issues .second edition .Tehran :Badr publication.1991: }persian{
- 58 .Khomeini R .Tahrir al-Wasila .Tehran :Publication of Imam Khomeini's Works Editing and Publishing Institute}.2000:persian{
- 59 .Khoyi A.Buildings to complement the curriculum. First Edition .Qom :Published by Imam Khoei Institute for Revival of Works.2001:
- 60 .Najafi M .Jewels of speech .Beirut :Publisher of Al-Ahya Arab Heritage)1986:arabic(
- 61 .Shabiri A ,Mashhodi Z.Jurisprudential approach Regarding the expenses of education and treatment in the wife's alimony .Jurisprudential and Philosophical Studies}..100_77:(24)2015:6.persian{
- 62 .Hosseini Rouhani S .The jurisprudence of Al-Sadiq. Third edition.qom :Publisher of the book Imam Sadiq School.1992:
- 63 .Sabzwari A .Jami 'al-Ahkam al-Shar'iyah .Qom: Al-Manar Institution Publishing.1992:
- 64 .Hosseini Rouhani S .Minhaj al-Salehin .The second volume .Qom :Publication of Ijtihad.2007 :
- 65 .Hore ameli M.wasa'il al-shia .The twenty-second

- volume.qom :Publication of Al-Bayt Institute.1989:
- 66 .Tabatabayi qomi T .The basics of Minhaj al-Salehin. The tenth volume.qom :Publication of Qalam al-Sharq pamphlets.2004:
- 67 .Mortazi a,Haji hoseni h .Feasibility of including alimony on women's medical and health expenses)with emphasis on Article 1107 of the Civil Code.(Strategic studies of women.7-28(74)2016:19. }persian{
- 68 .Araki ,m .dissertation about the wife's alimony. Qom :Publishing in Rah Haq.1993 :

Jurisprudential Analysis of the Challenges of Unnecessary Cosmetic Procedures

Mojtaba Dehghandar¹, Mir Hamed Khani²

Abstract

Objective: This research is in the field of jurisprudential challenges of unnecessary beauty practices, which there is a difference of opinion among contemporary jurists about its legitimacy, and ancient jurists did not address it because this type of practice was not common in the past

Methods and Materials: This research has been done in a descriptive and analytical way. Issues such as the legitimacy or illegitimacy of unnecessary surgeries seem to be investigated.

Results: What can be ascertained from the religious texts is that there is a difference of opinion regarding the legitimacy of unnecessary beauty acts. Therefore, it is necessary to explicitly approve the law on this issue in order to determine which opinion the law clearly accepts regarding the legitimacy of these types of acts. The research has investigated the opinions of jurists on the interpretation of verses and visions regarding these types of actions.

Conclusion: The findings of the research show that the legislator has referred the legitimacy or illegitimacy of unnecessary beauty acts to jurisprudence, and there is no clarity in jurisprudence, and the adoption of an explicit law can prevent disputes.

Keywords: Doctor, Necessary cosmetic procedure, Sick, Unnecessary cosmetic surgery

1*. Corresponding author. Instructor of Law Department of Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran
 dehghandar.mojtaba@gmail.com

2. Instructor of Law Department of Islamic Azad University, Shahr Quds Branch, Tehran, Iran

Medicine
and
Spiritual Cultivation

Ministry of Health and Medical Education



An Examination of the Challenges of Implementing Artificial Intelligence in Suicide Counseling with an Interdisciplinary Approach

Manzara Amirkhani; Mohammad Hosein Sadeghian; Ahmad Hajebi; AmirAhmad Shojaei170-183

Roadmap for Training and Empowerment of Managers and Staff in Supreme Documents and Health Sector Laws

Nasrin Homayouni Bakhshayesh; Robabeh Musa Gholizadeh; Fahimeh Rabbani Khah; Shokat Homayouni Bakhshayesh 184-200

The Challenges of Enhancing Moral Education among Students and Its Negative Impact on Academic Performance: A Case Study of Kerman University of Medical Sciences

Reza Sadeghi; Mohadeseh Ghasemi; Amir Hossein Moradpour201-242

The Effect of Spiritual Care on Quality of Life with Children with Cancer

Shirin Ghavidel; Fatemeh Alae Karahroudy; Fatemeh Sadat Seyed Nematollah Roshan 215-230

Jurisprudential Analysis of the Challenges of Unnecessary Cosmetic Procedures

Mojtaba Dehghandar; Mir Hamed Khani 231-244