احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی: نقش عوامل نهادی و زمینه‌ای با در نظر گرفتن زمینه فضایی

رستم صابری فر، دانشیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

سعید صادقی‌پور، کارشناس ارشد، سازمان تامین اجتماعی، مشهد، ایران

r_saberifar@pnu.ac.ir

چکیده

مقدمه: درگیری‌ها و تنش‌های میان کادر درمان و مراجعان، یکی از چالش‌های مستمر نظام سلامت است که پیامدهای اجتماعی و اقتصادی قابل‌توجهی به همراه دارد. بخش مهمی از این تنش‌ها ریشه در ادراک نابرابری، فقدان انصاف و احساس بی‌عدالتی در ارائه خدمات درمانی دارد. در این میان، عدالت اجتماعی به‌ویژه در قالب عدالت رویه‌ای و توزیعی، نقشی اساسی در شکل‌گیری اعتماد نهادی، رضایتمندی مراجعان و کاهش تعارضات اجتماعی ایفا می‌کند. همچنین، نحوه توزیع فضایی مراکز درمانی می‌تواند بر ادراک شهروندان از عدالت و برابری در دسترسی به خدمات سلامت تأثیرگذار باشد. هدف مطالعه حاضر، تحلیل فضایی دسترسی به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد و بررسی عوامل مؤثر بر احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان این مراکز است.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی–تحلیلی است. جامعه آماری شامل ۳۰۰ نفر از مراجعان دو بیمارستان فعال سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد بود. داده‌ها از طریق مشاهدات میدانی و پرسشنامه ساختاریافته گردآوری شد. تحلیل فضایی دسترسی به مراکز درمانی با استفاده از مدل P-Median در نرم‌افزار GIS انجام گرفت و برای تحلیل کمی داده‌ها و شناسایی عوامل مؤثر بر احساس عدالت اجتماعی، از رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تنها دو بیمارستان فعال تأمین اجتماعی در شهر مشهد وجود دارد و بخش قابل‌توجهی از جمعیت شهری برای بهره‌مندی از خدمات آن‌ها، متحمل هزینه‌های زمانی و مالی بالا می‌شوند. از نظر احساس عدالت اجتماعی، ۳۸ درصد از پاسخ‌دهندگان سطح پایین یا بسیار پایین، ٤٨ درصد سطح متوسط و تنها ١٤ درصد سطح بالا را گزارش کردند. نتایج رگرسیون نشان داد که اعتماد به توانمندی کارکنان ($\beta = 0.58$)، سطح سواد ($\beta = 0.21$)، ادراک انصاف ($\beta = 0.17$) و احساس امنیت ($\beta = 0.12$) پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و احساس بیگانگی اجتماعی ($\beta = -0.104$) و موقعیت مکانی محل سکونت ($\beta = -0.099$) پیش‌بینی‌کننده‌های منفی احساس عدالت اجتماعی هستند. این متغیرها در مجموع ۵۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند.

بحث: یافته‌ها نشان می‌دهد که احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی بیش از آن‌که متأثر از توزیع فضایی مراکز باشد، به کیفیت خدمات، اعتماد به کادر درمانی و ادراک انصاف در تعاملات نهادی وابسته است. بر این اساس، ارتقای کیفیت خدمات، افزایش شفافیت و تقویت عدالت رویه‌ای می‌تواند نقش مؤثری در کاهش تنش‌ها و افزایش رضایتمندی مراجعان ایفا کند.

کلمات کلیدی: دسترسی به خدمات درمانی، تامین اجتماعی، احساس عدالت، اعتماد، مشهد.

In Press

Perceived Social Justice in Social Security Organization Healthcare Centers: The Role of Institutional and Contextual Factors within a Spatial Context

Abstract

Introduction: Conflicts and tensions between healthcare personnel and patients remain a persistent challenge in healthcare systems, generating substantial social and economic costs. A considerable share of these conflicts is rooted in patients' perceptions of inequity and unfairness in healthcare service delivery, particularly within public and semi-public health institutions.

Method: This descriptive–analytical study was conducted among 300 patients attending the two active Social Security hospitals in Mashhad. Data were collected through field observations and a structured questionnaire. Spatial accessibility to hospitals was assessed using the P-Median model in a GIS environment, while multivariate linear regression analysis was applied in SPSS to identify determinants of perceived social justice.

Findings: The results showed that only two Social Security hospitals operate in Mashhad, imposing substantial time and financial costs on a large segment of the urban population. Regarding perceived justice, 38% of respondents reported low or very low levels, 14% reported high levels, and 48% reported moderate levels. Regression analysis indicated that trust in staff competence ($\beta = 0.58$), literacy ($\beta = 0.21$), perceived fairness ($\beta = 0.17$), and sense of security ($\beta = 0.12$) positively influenced perceived justice, whereas feelings of alienation ($\beta = -0.104$) and residential location ($\beta = -0.099$) had negative effects. Overall, these variables explained 53% of the variance in perceived justice.

Discussion: The findings suggest that patients' perceptions of social justice are shaped primarily by institutional and relational factors rather than spatial accessibility alone. While unequal access increases the burden of service utilization, trust, fairness in procedures, and perceived quality of interaction with healthcare staff play a more decisive role in shaping justice perceptions. These results are consistent with previous studies emphasizing procedural justice and institutional trust as key drivers of patient satisfaction and reduced conflict in healthcare settings.

Keywords: Access to health services, social security, sense of justice, trust, Mashhad.

In Press

Extended abstract

Introduction: Conflicts between medical staff and patients in healthcare centers constitute a persistent social problem that imposes significant economic and moral costs on societies each year. A substantial part of these conflicts stems from perceived injustice and unfairness in healthcare service delivery. Social justice has become a central concern in citizens' everyday experiences, and when individuals perceive that justice is undermined, they tend to question social norms, reduce social participation, and disengage from collective responsibilities. These dynamics are particularly critical in the health sector, where access to services is directly linked to life, well-being, and human dignity. In Mashhad, the limited number and spatial concentration of Social Security hospitals raise concerns regarding equitable access, patient satisfaction, and perceptions of justice. Accordingly, this study addresses three main questions: (1) Are Social Security healthcare centers in Mashhad spatially distributed in an equitable manner? (2) How do patients perceive social justice when using these services? (3) Which factors most strongly influence perceived justice?

Method: This study employed a descriptive–analytical design. In the spatial analysis phase, the distribution of Social Security hospitals and other medical facilities in Mashhad was examined to assess accessibility gaps using the P-Median model within a GIS framework. In the survey phase, data were collected from 300 patients visiting Social Security hospitals through a researcher-designed questionnaire. Content validity was confirmed by expert review, and reliability was verified using Cronbach's alpha (0.83). Responses were measured on a five-point Likert scale. Data analysis was conducted using GIS tools and multivariate linear regression in SPSS.

Findings: The spatial analysis revealed that only two Social Security hospitals are currently active in Mashhad, forcing a considerable proportion of residents to incur high temporal and financial costs to access healthcare services. Survey results indicated that 38% of respondents experienced low or very low levels of perceived justice, 48% reported moderate levels, and only 14% perceived justice at a high level (table 1).

Table 1. Status of Perceived Justice among Respondents ($\chi^2 = 44.601$; df = 2; Sig. = 0.00; Cramer's V = 0.36)

Perception of Justice	**Procedural Justice**		**Distributive Justice**		**Overall Justice**	
	Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%
Low	147	49	82	27	114	38
Medium	124	41	162	54	143	47
High	29	10	56	19	43	14
Total	300	100	300	100	300	100

Regression analysis demonstrated that trust in staff competence, literacy level, perceived fairness, and sense of security significantly increased perceived justice, while feelings of alienation and residential neighborhood had a negative impact. Together, these variables explained 53% of the variance in perceived justice, highlighting the multidimensional nature of justice perceptions in healthcare settings (table 2).

Table 2. Regression Coefficients of Perceived Justice

Variable	**Unstandardized Beta (B)**	**Std. Error**	**Standardized Beta (β)**	**t-value**	**Sig. (p)**
Security	0.232	0.101	0.120	2.46	0.002
Trust	0.723	0.070	0.582	11.87	0.001
Fairness	0.376	0.105	0.170	3.87	0.001
Literacy	0.297	0.186	0.208	2.48	0.015
Alienation	-0.206	0.099	-0.104	-2.21	0.030
Neighborhood	-0.113	0.060	-0.099	-2.09	0.039

In Press

Constant	2.168	3.233	—	0.68	0.001

Discussion: The findings indicate that although spatial accessibility constitutes an important contextual condition, patients' perceptions of social justice are more strongly influenced by institutional and interactional factors. Consistent with the literature on procedural and distributive justice, trust in healthcare personnel, fairness in service provision, and a sense of security play a central role in shaping justice perceptions. Spatial inequality intensifies dissatisfaction by increasing access costs; however, it does not independently determine perceptions of justice. These results suggest that improving healthcare equity requires more than redistributing facilities across urban space. Enhancing service quality, strengthening institutional trust, and ensuring fair and respectful treatment of patients are crucial for reducing conflicts and improving patient satisfaction. Therefore, policy interventions should prioritize organizational reforms and patient-centered care alongside long-term spatial planning strategies.

Financial Resources
No direct or indirect financial support has been received from any organization for the publication of this article.

Conflict of interest
There is no conflict of interest in this article.

Following Principles of Research Ethics
All information is collected with confidentiality, also in this article, all ethical principles in the field of plagiarism and data distortion, etc. are observed.

In Press

احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی: نقش عوامل نهادی و زمینه‌ای با در نظر گرفتن زمینه فضایی

مقدمه

عدالت اجتماعی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی عملکرد نهادهای عمومی است و در نظام سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای در اعتماد شهروندان، رضایت از خدمات و کاهش تعارضات اجتماعی دارد. در این میان، احساس عدالت اجتماعی به ادراک مراجعان از انصاف در توزیع خدمات و نحوه ارائه آن‌ها اشاره دارد و می‌تواند بر نگرش و رفتار آنان نسبت به نظام سلامت اثرگذار باشد (Mohaddasi Far, M, 2018 & Pourehtesham). در حوزه سلامت، عدالت اجتماعی اهمیت مضاعفی می‌یابد؛ زیرا خدمات درمانی مستقیماً با سلامت، امنیت و حیات انسان‌ها مرتبط است. مطالعات نشان می‌دهند که نابرابری در دسترسی یا ادراک تبعیض، اعتماد به نظام سلامت و رضایت مراجعان را کاهش می‌دهد (Damari, 2019).

در شهر مشهد، سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، تنها دارای تعداد محدودی بیمارستان فعال است که عمدتاً در بخش خاصی از شهر متمرکز شده‌اند. این تمرکز فضایی سبب شده است بخش قابل توجهی از جمعیت شهری برای دسترسی به خدمات درمانی، متحمل هزینه‌های زمانی و مالی قابل توجهی شوند. چنین شرایطی می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری احساس نابرابری و بی‌عدالتی در میان مراجعان باشد و پرسش‌هایی جدی درباره نقش دسترسی مکانی در ادراک عدالت اجتماعی مطرح کند.

مطالعات پیشین نشان می‌دهند که احساس عدالت اجتماعی پدیده‌ای چندبعدی است و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، نهادی و اجتماعی شکل می‌گیرد. متغیرهایی نظیر اعتماد به کارکنان و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات، ادراک انصاف در فرایند ارائه خدمات، احساس امنیت روانی، سطح سواد و سرمایه فرهنگی، و تجربه بیگانگی اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر احساس عدالت به‌شمار می‌آیند (Hezar Jeribi, 2011). در کنار این عوامل، برخی پژوهش‌ها به نقش نابرابری‌های فضایی و تفاوت‌های مکانی در دسترسی به خدمات سلامت اشاره کرده‌اند (Fahrenkrog-Petersen, 2026 & Andreswari). با وجود این، اغلب مطالعات یا بر عوامل نهادی و ادراکی مؤثر بر احساس عدالت تمرکز داشته‌اند یا صرفاً الگوی فضایی دسترسی به خدمات درمانی را بررسی کرده‌اند و ارتباط هم‌زمان این دو حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بر این اساس، خلأ اصلی پژوهش‌های موجود، نبود مطالعاتی است که به‌طور هم‌زمان نقش دسترسی فضایی و عوامل نهادی و ادراکی را در تبیین احساس عدالت اجتماعی بررسی کنند. این خلأ به‌ویژه در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی، که هم با محدودیت فضایی خدمات و هم با چالش‌های نهادی مواجه‌اند، بیشتر احساس می‌شود. در این پژوهش، تحلیل فضایی به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ای برای تبیین وضعیت دسترسی به مراکز درمانی به کار گرفته شده و نقش اصلی تبیین احساس عدالت اجتماعی بر عهده متغیرهای نهادی و فردی است.

نوآوری این پژوهش در تلفیق تحلیل فضایی دسترسی به مراکز درمانی با بررسی هم‌زمان عوامل نهادی، فردی و زمینه‌ای مؤثر بر احساس عدالت اجتماعی است. برخلاف مطالعات پیشین که عمدتاً هر یک از این ابعاد را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند، پژوهش حاضر چارچوبی تلفیقی ارائه می‌کند که امکان تبیین جامع‌تر احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی را فراهم می‌سازد. بر این مبنا، هدف اصلی پژوهش بررسی احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد و تحلیل عوامل مؤثر بر آن است. این مطالعه در پی پاسخ به این پرسش‌هاست:

الگوی فضایی دسترسی به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد چگونه است؟

سطح احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان این مراکز در چه وضعیتی قرار دارد؟

In Press

کدام عوامل نهادی، فردی و زمینه‌ای بیشترین نقش را در تبیین احساس عدالت اجتماعی ایفا می‌کنند و جایگاه دسترسی فضایی در این میان چیست؟

پیشینه تحقیق

بررسی ادبیات پژوهشی مرتبط با عدالت اجتماعی در نظام سلامت نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از مطالعات، عدالت را عمدتاً از منظر ساختاری و عینی مورد توجه قرار داده‌اند. در این پژوهش‌ها، شاخص‌هایی نظیر میزان دسترسی به خدمات درمانی، توزیع منابع فیزیکی، تعداد مراکز بهداشتی و درمانی و سطح پوشش خدمات سلامت، معیارهای اصلی سنجش عدالت بوده‌اند (Nosratinejad, 2024). اگرچه این شاخص‌ها برای ارزیابی کارآمدی و ظرفیت نظام سلامت ضروری‌اند، اما تمرکز بیش از حد بر ابعاد عینی، موجب نادیده گرفتن بعد ذهنی و ادراکی عدالت شده است؛ بعدی که نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری اعتماد نهادی، رضایتمندی شهروندان و کاهش تنش‌های اجتماعی دارد (Gholami, 2025).

در سال‌های اخیر، هم‌زمان با گسترش روش‌های تحلیل فضایی، پژوهش‌های متعددی با بهره‌گیری از سامانه‌های اطلاعات جغرافیایی (GIS) به بررسی عدالت مکانی در توزیع مراکز درمانی پرداخته‌اند. این مطالعات با استفاده از مدل‌هایی نظیر P-Median و تحلیل‌های فاصله‌محور، تلاش کرده‌اند میزان دسترسی فضایی شهروندان به خدمات سلامت را ارزیابی کنند (Karimi, Mohammadi, E., Mohammadi, M., 2021). با این حال، غالب این پژوهش‌ها رویکردی فنی–کالبدی داشته و دسترسی را به‌عنوان پدیده‌ای صرفاً مکانی در نظر گرفته‌اند. در نتیجه، پیامدهای اجتماعی این الگوهای فضایی، به‌ویژه تأثیر آن‌ها بر احساس عدالت، اعتماد و امنیت روانی مراجعان، کمتر در کانون توجه قرار گرفته است (Sajjadi, H., 2024 & Abdolahtabar).

از سوی دیگر، در حوزه جامعه‌شناسی عدالت، مطالعات متعددی به بررسی عدالت رویه‌ای و توزیعی در سازمان‌ها و نهادهای اداری پرداخته‌اند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفافیت تصمیم‌گیری، ثبات رویه‌ها، رفتار محترمانه کارکنان و ادراک انصاف، نقش مهمی در افزایش رضایت و کاهش احساس بیگانگی اجتماعی ایفا می‌کند (Saberifar R. , 2013). با این حال، بخش عمده این مطالعات در بسترهای سازمانی عمومی یا محیط‌های کاری انجام شده و نظام سلامت، به‌عنوان نهادی حیاتی که با حیات، امنیت و کرامت انسان‌ها در ارتباط مستقیم است، کمتر به‌عنوان میدان مطالعه احساس عدالت اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است (Sajjadi, Sajjadi, H., Sam Aram, E., TajMazinani, A., 2019).

مطالعات جدیدتر نیز نشان می‌دهد که در نظام‌های درمانی، ادراک نابرابری و بی‌عدالتی، حتی بیش از کمبود منابع، می‌تواند منجر به کاهش اعتماد عمومی، افزایش تعارض میان مراجعان و کادر درمان و تضعیف سرمایه اجتماعی شود. پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های ۲۰۲۵ و ۲۰۲۶ تأکید دارند که کیفیت تعاملات نهادی و احساس رعایت انصاف، از عوامل کلیدی در ارزیابی عملکرد نظام سلامت از سوی شهروندان به شمار می‌روند و نادیده گرفتن این ابعاد، سیاست‌های توسعه سلامت را با چالش‌های اجتماعی جدی مواجه می‌سازد (Fath Taheri, A., 2023 & Ojaghi, Bayat, R., Fazli, S., Keshavarz Tork, E).

با وجود این، مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌ها یا بر تحلیل فضایی توزیع خدمات درمانی تمرکز داشته‌اند یا به سنجش رضایت و احساس عدالت مراجعان بسنده کرده‌اند؛ در حالی‌که پیوند همزمان این دو حوزه، یعنی بررسی رابطه میان الگوی فضایی مراکز درمانی و احساس عدالت اجتماعی شهروندان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این خلأ پژوهشی به‌ویژه در شهرهای کلان و زیارتی مانند مشهد، که با تمرکز جمعیت سیال، فشار مضاعف بر خدمات درمانی و نابرابری‌های فضایی مواجه‌اند، اهمیت دوچندان می‌یابد (Nosratinejad, 2024).

بر این اساس، می‌توان گفت که علیرغم حجم قابل‌توجه مطالعات در زمینه عدالت سلامت و دسترسی مکانی، هنوز تصویر جامعی از چگونگی تأثیر توزیع فضایی مراکز درمانی بر احساس عدالت اجتماعی مراجعان ارائه نشده است. پژوهش حاضر در پاسخ به این

In Press

خلأ، با رویکردی تلفیقی و با ترکیب تحلیل فضایی مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی و سنجش ابعاد عدالت رویه‌ای و توزیعی از دیدگاه مراجعان، می‌کوشد این شکاف پژوهشی را پوشش دهد. انجام این مطالعه از آن جهت ضروری است که می‌تواند مبنایی علمی برای بهبود سیاست‌گذاری سلامت، ارتقای اعتماد نهادی و کاهش تنش‌های اجتماعی در نظام درمانی فراهم آورد.

مبانی نظری

در اندیشه اسلامی، عدالت به معنای قرار گرفتن هر چیز در جای شایسته خود و مبنایی برای تنظیم روابط اجتماعی و تأمین خیر عمومی تلقی می‌شود (Hezar Jeribi, 2011). از دید هایک (Ghaninejad, 2002) عدالت اجتماعی به سازمان‌دهی منصفانه جامعه و توزیع نتایج آن مربوط است، در حالی که کمپیل عدالت را مفهومی بنیادین در نظریه‌های اجتماعی و اخلاقی می‌داند (Hezar Jeribi, 2011). از دیدگاه جامعه‌شناسی، عدالت سازوکاری برای تنظیم نابرابری‌های اجتماعی و ایجاد توازن در توزیع منابع، فرصت‌ها و رویه‌های نهادی است (Steven, 1991) .

در فلسفه سیاسی، عدالت در مکاتب مختلف تعاریف متفاوتی دارد؛ از تأکید بر آزادی در لیبرالیسم تا برابری در سوسیالیسم و ترکیب آزادی و برابری در لیبرال‌دموکراسی. با وجود این تفاوت‌ها، همه این دیدگاه‌ها بر اهمیت سازوکارهای منصفانه در تخصیص منابع و تصمیم‌گیری تأکید دارند (Pour-Ezzat, 2003) . بر این اساس، عدالت زمانی معنادار است که با بستر اجتماعی، فرهنگی و طبقاتی جامعه انطباق داشته باشد. مفاهیم عدالت توزیعی و عدالت رویه‌ای دو بعد اساسی این سازوکارند.

عدالت توزیعی به ادراک افراد از انصاف در تخصیص منابع و خدمات اشاره دارد. نظریه برابری و نظریه قضاوت عادلانه نیز بیان می‌کنند که احساس عدالت زمانی شکل می‌گیرد که افراد پیامدهای دریافتی خود را منصفانه ارزیابی کنند (Rorty, 1990). بر این اساس، قضاوت درباره عدالت یک فرایند چهارمرحله‌ای است: انتخاب قانون عدالت، پیش‌بینی پیامدهای منصفانه، مقایسه با واقعیت، و ارزیابی میزان انصاف. از آنجا که استانداردهای عینی عدالت توزیعی کمیاب‌اند، این قضاوت‌ها عموماً ذهنی و وابسته به زمینه اجتماعی‌اند.

عدالت توزیعی را باید بر مبنای اصل مبادله و روابط متقابل اجتماعی در نظر گرفت؛ اما دامنه آن از صرف پرداخت‌ها فراتر می‌رود و شامل پاداش‌ها، ارتقاها، تنبیه‌ها، امتیازات و ارزیابی عملکرد نیز می‌شود. عدالت رویه‌ای بر منصفانه بودن فرایندهای تصمیم‌گیری، شفافیت، احترام به مراجعان و ثبات رویه‌ها تأکید دارد و یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌دهنده اعتماد نهادی محسوب می‌شود (Momeni, 2006).

افلاطون عدالت را پایه نظم اجتماعی و هماهنگی فضایل می‌دانست. در «مدینه فاضله»، جامعه عادلانه جامعه‌ای است که هر فرد وظیفه خود را به بهترین وجه انجام دهد و جایگاهش را بپذیرد (Jamshidi, 2001) . ارسطو عدالت را تجلی فضیلت و شرط سعادت انسانی معرفی کرد(Hezar Jeribi, 2011) . هابز عدالت را حاصل قرارداد میان افراد خودنفع‌طلب می‌دانست؛ قراردادی که تضمین‌کننده نظم و بقای جمعی است. هیوم نیز در ادامه مکتب اصالت فایده، عدالت را ابزاری برای تأمین منافع متقابل در شرایط رقابت اجتماعی قلمداد می‌کرد (Bashirieh, 1992).

رالز، از برجسته‌ترین متفکران عدالت در قرن بیستم، نظریه «عدالت به مثابه انصاف» را ارائه کرد (Rawls, 2000). از نظر او، «عدالت به مثابه انصاف» بر دو اصل آزادی‌های برابر و توزیع منصفانه فرصت‌ها تأکید می‌کند. این نظریه مبنای بسیاری از مطالعات جدید عدالت اجتماعی و عدالت سلامت قرار گرفته است (Irani, 2019).

در اندیشه اسلامی نیز عدالت مفهومی چندبعدی است که علاوه بر توزیع منصفانه منابع، بر آزادی، مساوات، مسئولیت اجتماعی و رعایت حقوق افراد تأکید دارد (Bashirieh, 1992) . در نگاه اسلامی، عدالت تنها ناظر به توزیع ثروت نیست، بلکه شامل عدالت

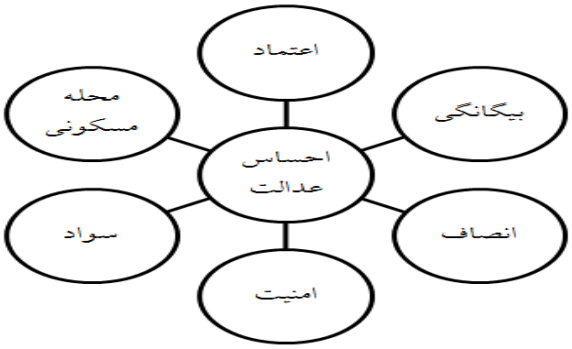
In Press

سیاسی، فرهنگی، آموزشی و قضایی نیز می‌شود. سید قطب بنیان عدالت اجتماعی را بر سه رکن «آزادی»، «مساوات» و «همکاری انسانی» استوار می‌داند. از دید او، دو محور اصلی عدالت اجتماعی عبارت‌اند از:

تکافل عمومی: مسئولیت متقابل افراد در قبال جامعه و تقدم منافع جمعی بر فردی؛

توازن اجتماعی: برابری در دسترسی به امکانات، منابع و فرصت‌های زندگی بر اساس نیاز و شایستگی (Jamshidi, 2001).

در مجموع، نظریه‌های عدالت نشان می‌دهند که عدالت اجتماعی هم به پیامدهای توزیعی و هم به فرایندهای تصمیم‌گیری وابسته است. با توجه به هدف این پژوهش، چارچوب نظری بر دو بعد عدالت توزیعی و عدالت رویه‌ای استوار است و نقش آن‌ها در تبیین احساس عدالت اجتماعی در کنار عوامل نهادی، فردی و زمینه‌ای بررسی می‌شود. بر همین اساس، مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) تدوین شده است.



شکل ۱، مدل مفهومی تحقیق

روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی–تحلیلی است و با رویکردی ترکیبی انجام شده است. داده‌ها از طریق تحلیل فضایی مراکز درمانی و پیمایش میدانی مراجعان جمع‌آوری و تحلیل شده‌اند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد در زمان اجرای پژوهش بوده است. با توجه به فعال بودن تنها دو بیمارستان تأمین اجتماعی در این شهر، مطالعه بر همین دو مرکز متمرکز شده است.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. بدین صورت که در بازه زمانی اجرای پژوهش، از میان مراجعانی که به‌صورت حضوری به بیمارستان‌های تأمین اجتماعی مراجعه کرده و واجد شرایط پاسخ‌گویی بودند، نمونه انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، دریافت خدمات درمانی از مرکز و رضایت برای مشارکت در مطالعه بود. افرادی که به دلایل جسمی یا ذهنی قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند، از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با توجه به ماهیت تحلیل‌های آماری و تعداد متغیرهای پژوهش، حجم مناسبی برای دستیابی به نتایج معتبر محسوب می‌شود. البته با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، امکان تعمیم نتایج به کل جامعه آماری با محدودیت همراه است؛ ازاین‌رو یافته‌های پژوهش در چارچوب نمونه مورد بررسی تفسیر شده و در تعمیم نتایج به سایر مناطق باید احتیاط لازم صورت گیرد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته بود که بر اساس اهداف پژوهش طراحی شد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود:

ویژگی‌های زمینه‌ای پاسخ‌دهندگان

گویه‌های مرتبط با متغیرهای پژوهش

متغیر «احساس عدالت اجتماعی» در دو بعد عدالت توزیعی و عدالت رویه‌ای سنجیده شد. گویه‌های عدالت توزیعی بر نحوه توزیع خدمات و امکانات درمانی تمرکز داشتند و گویه‌های عدالت رویه‌ای به ادراک پاسخ‌دهندگان از انصاف در فرایند ارائه خدمات، نحوه

برخورد کارکنان و رویه‌های اداری مربوط بودند. سایر متغیرهای پژوهش شامل اعتماد به کارکنان، احساس امنیت، ادراک انصاف، احساس بیگانگی اجتماعی، سطح سواد و محل سکونت بود که هر یک با چند گویه اندازه‌گیری شدند.

روایی محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظر خبرگان تأیید شد و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۳) در سطح قابل قبول قرار گرفت. کلیه گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری شدند.

برای سنجش متغیر وابسته، یعنی احساس عدالت اجتماعی، نمرات گویه‌های مربوط به عدالت توزیعی و عدالت رویه‌ای تجمیع شد. ابتدا میانگین نمرات هر بعد محاسبه و سپس میانگین کلی این دو بعد به‌عنوان شاخص نهایی احساس عدالت اجتماعی در نظر گرفته شد. نمرات بالاتر بیانگر احساس عدالت اجتماعی بیشتر بودند و این شاخص به‌صورت متغیر کمی وارد تحلیل‌های آماری شد.

به‌منظور بررسی الگوی توزیع مکانی و میزان دسترسی شهروندان به مراکز درمانی، از مدل P-Median در محیط GIS استفاده شد. این مدل با هدف حداقل‌سازی فاصله بین مراکز درمانی و جمعیت استفاده‌کننده، امکان ارزیابی تمرکز یا عدم تعادل مکانی خدمات درمانی را فراهم می‌کند. تحلیل فضایی در این پژوهش به‌منظور شناسایی وضعیت دسترسی فضایی و فراهم‌کردن زمینه تفسیر نتایج پیمایشی انجام شد.

تحلیل فضایی در این مطالعه نقش زمینه‌ای و تکمیلی داشته و به‌صورت مستقیم وارد مدل‌های آماری نشده است. نتایج حاصل از GIS، به‌ویژه تمرکز مکانی مراکز درمانی، برای تبیین بهتر نقش متغیر «محل سکونت» و تفسیر یافته‌های مربوط به احساس عدالت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفتند. در واقع، سامانه اطلاعات جغرافیایی (GIS) علاوه بر تهیه و تحلیل لایه‌های مکانی، مبنای استخراج برخی شاخص‌های فضایی و نمایش الگوی پراکنش عدالت فضایی بود. سپس شاخص‌های حاصل از تحلیل‌های مکانی به‌عنوان متغیرهای پژوهش در مدل رگرسیون وارد شدند تا ضمن تبیین روابط آماری، تفاوت‌های فضایی نیز در تحلیل لحاظ شود. بدین ترتیب، GIS نقش بستر تحلیل فضایی و رگرسیون نقش تبیین‌کننده روابط میان متغیرها را ایفا کرده است.

تحلیل داده‌های پیمایشی با استفاده از رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS انجام شد. در این مدل، متغیرهای اعتماد، احساس انصاف، احساس امنیت، سطح سواد، احساس بیگانگی اجتماعی و محل سکونت به‌عنوان متغیرهای مستقل وارد شدند. مثلا، متغیر «محله سکونت» به‌صورت یک متغیر طبقه‌ای کدگذاری شد؛ به‌گونه‌ای که برای هر یک از محلات مورد مطالعه یک کد عددی مستقل اختصاص یافت. این کدها صرفاً نقش شناسه طبقات را داشته و بیانگر ترتیب یا ارزش عددی خاصی نیستند. همچنین برخی ویژگی‌های زمینه‌ای پاسخ‌دهندگان به‌منظور کاهش اثر متغیرهای مداخله‌گر در تحلیل لحاظ گردیدند. ضریب تعیین مدل نشان داد که متغیرهای واردشده توان تبیین بخش قابل توجهی از تغییرات احساس عدالت اجتماعی را دارند.

در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی رعایت شد. پیش از توزیع پرسشنامه، هدف مطالعه برای پاسخ‌دهندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان اخذ گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً برای اهداف علمی استفاده خواهد شد.

یافته‌ها

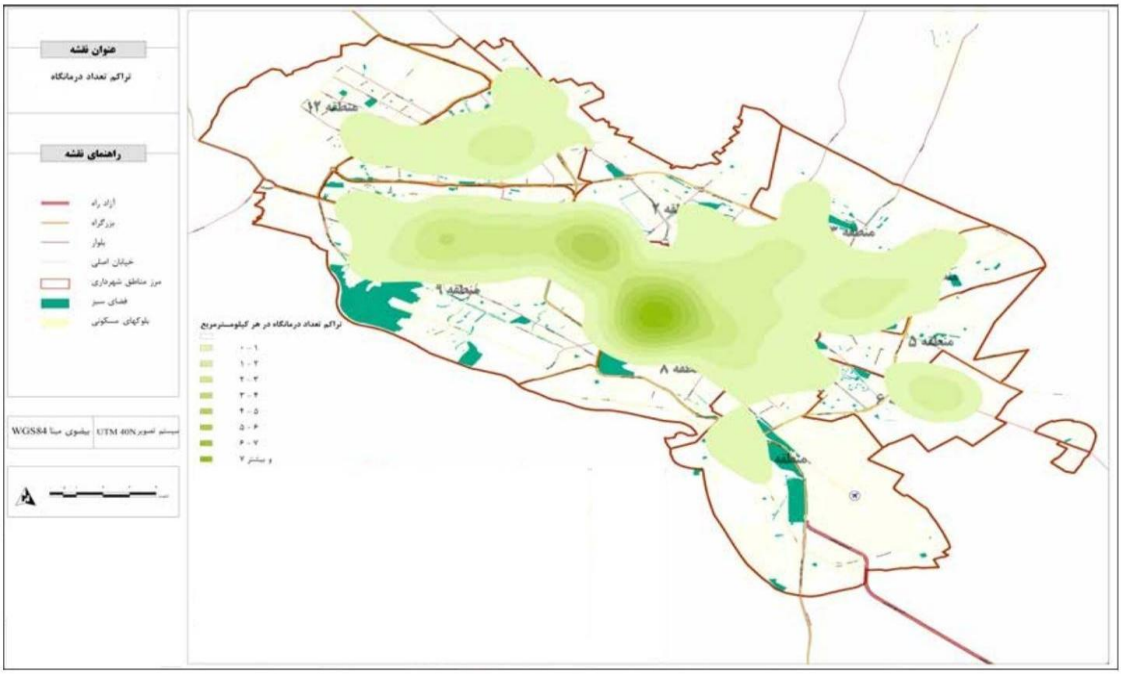
از ۳۰۰ پاسخگوی معتبر، ٥٤٪ زن و ٤٦٪ مرد بودند. میانگین سنی پاسخگویان ۳۷/۵ سال با انحراف معیار ۳/۱۲ سال گزارش شد. از نظر تحصیلات، ۲۱٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۳٤٪ دیپلم، ۳۰٪ کارشناسی و ۱۵٪ دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی بودند. وضعیت شغلی نمونه به این ترتیب بود: ٤۰٪ شاغل، ۳۰٪ خانه‌دار، ۲۰٪ بازنشسته و ۱۰٪ دانشجو. همچنین، بیش از ٦٥٪ پاسخگویان بیمه‌شده تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی بوده و حدود ۳۵٪ بیمه‌های دیگر یا فاقد بیمه بودند.

In Press

از نظر محل سکونت، ٤٢٪ در مناطق مرکزی شهر، ۳۸٪ در مناطق جنوبی و ۲۰٪ در مناطق حاشیه‌ای زندگی می‌کردند. بیش از ۵۰٪ پاسخگویان برای دریافت خدمات درمانی از همراه استفاده کرده‌اند؛ به‌ویژه در گروه سالمندان و کودکان، همراه بیمار نقش اصلی در تکمیل پرسشنامه داشته است.

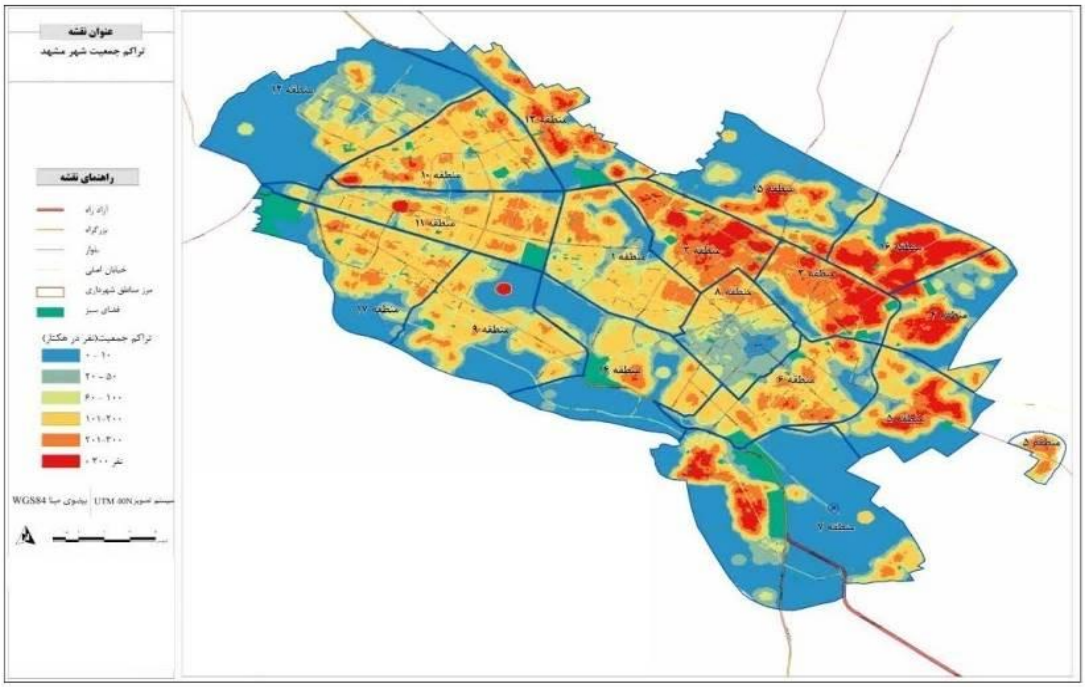
این توصیفات جمعیت‌شناختی، تصویر کلی از ترکیب سنی، جنسی، تحصیلی و مکانی نمونه ارائه می‌دهد و زمینه لازم برای تحلیل‌های بعدی مربوط به احساس عدالت و دسترسی فضایی فراهم می‌آورد.

سایر یافته‌های این مطالعه در دو بخش میدانی و نظرسنجی قابل ارائه بود. در بخش میدانی چون تنها دو بیمارستان تامین اجتماعی در شهر وجود داشت و این مراکز نیز در بخش جنوبی شهر واقع بوده و در فاصله نزدیکی از هم قرارداشتند، مسلما همه نیازمندان به این دو مرکز مراجعه نداشته و از سایر مراکز طرف قرار داد هم بهره‌مند می‌شدند. به این منظور، توزیع همه مراکز درمانی شهر مشهد مدنظر قرارگرفت. بر این اساس، ابتدا نحوه توزیع این مراکز مشخص گردید که نتایج آن در شکل ۲ ارائه شده‌است.



شکل ۲، توزیع مراکز درمانی شهر مشهد

همان‌طور که در این شکل مشاهده می‌شود، اغلب تاسیسات و تجهیزات در نواری در جنوب تا شمال غرب این شهر متمرکز شده‌اند. البته چند استثنا در این میان وجود دارد و نشان می‌دهد که در این مناطق، تمرکز خاصی از این مراکز و تسهیلات مشاهده می‌شود که این وضعیت برای شهری با خصایص کلانشهر مشهد که زیارتی و سیاحتی محسوب شده و سالانه بیش از ۲۵ میلیون زائر و مسافر را به سوی خود جلب می‌کند، طبیعی است. در واقع، نقاط متراکم به لحاظ بهداشتی و درمانی همان نقاطی است که تمرکز جمعیت زائر و مسافر در آنها بیش از سایر نقاط می‌باشد. برای آن که مشخص شود توزیع مراکز خدمات بهداشتی و درمانی در شهر مشهد نسبتی با جمعیت متقاضی این خدمات دارد و یا خیر، شکل شماره ۳ تهیه و تنظیم گردید.



شکل شماره ۳، تمرکز جمعیت شهر مشهد

الگوی فضایی مشاهده‌شده نشان می‌دهد توزیع شاخص عدالت فضایی یکنواخت نیست و تمرکز مقادیر بالاتر در بخش‌های ... و مقادیر پایین‌تر در بخش‌های ... بیانگر وجود ناهمگنی فضایی است. این الگو با نتایج مدل رگرسیون نیز همخوانی دارد؛ به‌گونه‌ای که متغیرهای ... بیشترین نقش را در تبیین این تفاوت‌های فضایی داشته‌اند.

در بخش نظرسنجی، رعایت انصاف و عدالت در رابطه با مراجعان به بیمارستان‌های تامین اجتماعی در دو بعد رویه‌ای و توزیعی مورد ارزیابی قرارگرفت. نتایج حاصل از این بخش در جدول ۱، ارائه شده‌است.

جدول شماره ۱، وضعیت احساس عدالت در نمونه مورد پرسش(Cramers V = 0/36 ؛Sig = 0/00 ؛df = 2 ؛X2=44601)

شرح		عدالت رویه‌ای		عدالت توزیعی		عدالت کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
احساس عدالت	کم	۱٤۷	٤۹	۸۲	۲۷	۱۱٤	۳۸
	متوسط	۱۲٤	٤۱	۱٦۲	٥٤	۱٤۳	٤۸
	زیاد	۲۹	۱۰	٥٦	۱۹	٤۳	۱٤
	جمع	۳۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

مطابق جدول ۱، بالغ بر ۳۸ درصد از پاسخگویان میزان احساس عدالت را در سطح مناسبی ارزیابی نکرده‌اند. آنانی که این وضعیت را در سطح بالا ارزیابی کرده‌اند، اندکی بیش از ۱٤ درصد بودند. در حقیقت، این آمار بیانگر آن است که اغلب افراد(حدود ٤۸ درصد)، وضعیت را در حد میانه تلقی نموده‌اند. بنابراین، می‌توان ادعا کرد که میزان رعایت عدالت نزد افراد در حد متوسط رو به پایین است. برای آن که وضعیت ابعاد مختلف عدالت روشن گردد، در ادامه وضعیت عدالت رویه‌ای و توزیعی در دو بخش مجزا مورد بحث و بررسی قرارگرفت. در اولین مرحله، محاسبات مربوط به احساس عدالت رویه‌ای در جدول ۲، نشان داده شده‌است.

جدول شماره ۲، بررسی وضعیت ابعاد سازنده احساس عدالت رویه‌ای

In Pre

شرح	کاملا موافق	موافق	تا حدودی	مخالف	کاملا مخالف	میانگین	اولویت
تغییر قوانین	۷/۷	۸/۰	۲۲/٦	۳۱/۸	۲۹/۹	۲/۱۹	۵
رفتار پرسنل	۷/٤	۱۰/٦	۲۳/۲	۲۹/٦	۳۰/۲	۲/۲۱	٤
برابری	٤/٦	۸/۲	۱۱/۵	۳۹/۰	۳٦/۷	۲/۲۲	۳
رویه‌های ثابت	۵/۱	۱۳/۷	۲٦/۰	۲٤/۲	۳۱/۰	۱/۹۱	٦
نیازسنجی	۴/۶	۱۸/٤	۲۳/۹	۲۵/۰	۲۸/۱	۲/۲٤	۲
شایستگی	۵/۶	۱۳/۹	۲۳/۷	۲۷/۹	۲۸/۹	۲/۳۲	۱

به‌طور کلی، نتایج بررسی وضعیت عدالت رویه‌ای نشان داد که پاسخ‌دهندگان وضعیت ثبات رویه‌ها، رفتار کارکنان، برابری در ارائه خدمات و رعایت شایستگی را در سطح مطلوب ارزیابی نکرده‌اند. تنها مؤلفه نیازسنجی وضعیت نسبتاً بهتری داشت، اما میانگین تمامی ابعاد کمتر از حد مطلوب بود.

در بخش دوم، وضعیت احساس عدالت توزیعی مورد ارزیابی قرارگرفت. برای این منظور نتیجه محاسبات صورت گرفته در جدول ۳، ارائه شد.

جدول شماره ۳، وضعیت هر یک مولفه‌های میزان احساس عدالت توزیعی در نمونه مورد پرسش

شرح	کاملا موافق	موافق	تا حدودی	مخالف	کاملا مخالف	میانگین	اولویت
دسترسی	۷	۹	۲٤	۲۸	۳۲	۲	۳
استحقاق	٦	۱٤	۳۹	۱۸	۲۳	۳	۱
شکایات	۹	۱۵	۱٦	۲۰	٤۰	۲	۲
رعایت قانون	٦	۱۳	۱۸	۲٦	۳٦	۲	۵
برابری	۷	۱۰	۲۲	۲٦	۳۵	۲	٤

در ارتباط با وضعیت احساس عدالت توزیعی در بین مراجعان به مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی، و مطابق گویه‌هایی چون در وضعیت فعلی سیستم بهداشت و درمان، افراد تحت پوشش به حداقلی از امکانات دسترسی دارند (Karimi, Mohammadi, E., & Mohammadi, M., 2021)، یافته‌ها نشان داد که اکثر مؤلفه‌های عدالت توزیعی در سطح متوسط رو به پایین قرار دارند. بیشترین ارزیابی مثبت مربوط به استحقاق در دریافت خدمات و کمترین مربوط به برخورد با شکایات و رعایت قانون بود. این نتایج بیانگر آن است که پاسخ‌دهندگان توزیع خدمات درمانی را کاملاً منصفانه ارزیابی نمی‌کنند.

در این بررسی برای تعیین عوامل موثر در بروز احساس عدالت در مراجعان بیمارستان‌های تامین اجتماعی شهر مشهد، از مدل تحلیل رگرسیونی به خصوص تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره بهره‌برداری به عمل‌آمد. چنانچه این عوامل به درستی تعیین و مشخص گردد، مدیران و کادر درمان در بیمارستان‌های مورد اشاره قادر خواهند بود، شرایط را به گونه‌ای تغییر دهند که احساس رعایت عدالت و انصاف بهبود یافته و از این طریق رضایت و اطمینان مراجعان بیشتر جلب گردد(جدول ٤).

جدول ٤، ضریب رگرسیونی احساس عدالت

شرح	بتای استاندارد نشده	ضریب خطا	بتای استاندارد شده	تی	سطح معنی‌داری

In Press

امنیت	۰/۲۳۲	۰/۱۰۱	۰/۱۲۰	۲/٤٦۰	۰/۰۰۲
اعتماد	۰/۷۲۳	۰/۰۷۰	۰/۵۸۲	۱۱/۸٦٦	۰/۰۰۱
انصاف	۰/۳۷٦	۰/۱۰۵	۰/۱۷۰	۳/۸۷۰	۰/۰۰۱
سواد	۰/۲۹۷	۰/۱۸٦	۰/۲۰۸	۲/٤۸۳	۰/۰۱۵
بیگانگی	-۰/۲۰٦	۰/۰۹۹	-۰/۱۰٤	-۲/۲۰٦	۰/۰۳۰
محله	-۰/۱۱۳	۰/۰٦۰	-۰/۰۹۹	-۲/۰۹٤	۰/۰۳۹
عدد ثابت	۲/۱٦۸	۳/۲۳۳	---------	۰/٦۸۰	۰/۰۰۱

نتایج رگرسیون نشان داد که اعتماد به کادر درمانی (β=0.582)، سواد (β=0.208)، ادراک انصاف (β=0.170) و احساس امنیت (β=0.120) اثر مثبت و معناداری بر احساس عدالت اجتماعی دارند. در مقابل، احساس بیگانگی اجتماعی (β=-0.104) و محل سکونت (β=-0.099) اثر منفی و معنادار نشان دادند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل نهادی و ادراکی بیش از عوامل مکانی در شکل‌گیری احساس عدالت نقش دارند؛ به‌ویژه اعتماد به کادر درمانی که قوی‌ترین متغیر تبیین‌کننده مدل بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی احساس عدالت و انصاف مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی سازمان تامین اجتماعی در شهر مشهد و ارتباط آن با توزیع فضایی این مراکز بود. یافته‌ها نشان داد که علی‌رغم اهمیت احساس عدالت در افزایش رضایتمندی شهروندان، شرایط موجود در حوزه بهداشت و درمان رضایت‌بخش نیست و وضعیت عدالت، خصوصاً در ابعاد رویّه‌ای و توزیعی، محدود و ناکافی است.

یافته‌های این پژوهش با بخش قابل‌توجهی از ادبیات بین‌المللی در حوزه عدالت سلامت همخوانی دارد. مطالعات انجام‌شده در کشورهای مختلف نشان داده‌اند که احساس عدالت در نظام سلامت بیش از آن‌که صرفاً تابع دسترسی فیزیکی به خدمات باشد، به کیفیت تعاملات نهادی، اعتماد به کارکنان درمانی و ادراک انصاف در فرآیند ارائه خدمات وابسته است (Gilson, 2025). پژوهش‌های انجام‌شده در اروپا و آمریکای شمالی نیز تأکید کرده‌اند که اعتماد نهادی یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت بیماران و ادراک عدالت در خدمات درمانی است؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعه حاضر درباره نقش برجسته اعتماد به توانمندی کارکنان هم‌راستاست (van der Wal & Demircioglu, 2024).

از سوی دیگر، نتایج این مطالعه مبنی بر تأثیر منفی احساس بیگانگی اجتماعی و موقعیت مکانی محل سکونت بر احساس عدالت، با مطالعات انجام‌شده در حوزه نابرابری‌های فضایی سلامت قابل مقایسه است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ساکنان مناطق حاشیه‌ای و کم‌برخوردار، حتی در صورت دسترسی رسمی به خدمات درمانی، به دلیل تجربه‌های انباشته‌شده از طرد نهادی و خدمات کم‌کیفیت، سطوح پایین‌تری از عدالت ادراک‌شده را گزارش می‌کنند (Chen, 2025). این یافته‌ها مؤید آن است که عدالت سلامت مفهومی فراتر از توزیع فضایی منابع بوده و ابعاد ذهنی و اجتماعی آن نقش تعیین‌کننده‌ای در قضاوت شهروندان ایفا می‌کند.

در مجموع، مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که الگوهای شکل‌گیری احساس عدالت در نظام سلامت، علی‌رغم تفاوت‌های نهادی و فرهنگی، از منطق مشترکی پیروی می‌کنند. تأکید ادبیات جهانی بر عدالت رویه‌ای، کرامت بیماران و اعتماد نهادی، ضرورت بازنگری در سیاست‌های سلامت را نه‌تنها از منظر توسعه زیرساخت‌ها، بلکه از زاویه تجربه زیسته مراجعان

In Press

برجسته می‌سازد. بدین ترتیب، یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به‌عنوان شواهدی بومی در تأیید چارچوب‌های نظری جهانی عدالت سلامت تلقی شود.

از منظر چارچوب نظری پژوهش، این نتایج مؤید آن است که ادراک عدالت بیش از آنکه تابع ویژگی‌های کالبدی و توزیع جغرافیایی خدمات باشد، تحت تأثیر کیفیت رویه‌های سازمانی، اعتماد نهادی و تجربه تعامل افراد با نظام سلامت شکل می‌گیرد. بنابراین، عدالت فضایی شرط لازم برای دسترسی به خدمات محسوب می‌شود، اما به تنهایی برای شکل‌گیری احساس عدالت اجتماعی کافی نیست و تحقق آن نیازمند تقویت عدالت رویه‌ای و کیفیت ارائه خدمات است.

یافته‌ها نشان داد که احساس عدالت در هر دو بعد رویه‌ای و توزیعی در سطح مطلوب قرار ندارد؛ نتیجه‌ای که با مطالعات هزارجریبی (۲۰۱۱) و صابری‌فر (۲۰۱۳) همسو است.

نتایج رگرسیون نشان داد که کیفیت خدمات، توانمندی کارکنان و تجهیزات درمانی نسبت به پراکنش فضایی مراکز نقش تعیین‌کننده‌تری در تبیین احساس عدالت دارند. این یافته نشان می‌دهد که ارتقای کیفیت خدمات می‌تواند حتی در شرایط تفاوت‌های مکانی، ادراک عدالت را بهبود بخشد؛ نتیجه‌ای که با مطالعات محرابیان (۲۰۲۱) و صابری‌فر (۲۰۲۵) همسو است.

بی‌اثر بودن نسبی متغیر فضایی در مدل رگرسیون را می‌توان با این تبیین نظری توضیح داد که هنگامی که متغیرهای مرتبط با کیفیت خدمات، اعتماد به کارکنان و تجربه دریافت خدمت وارد مدل می‌شوند، بخش عمده‌ای از واریانس احساس عدالت توسط این عوامل تبیین می‌شود و نقش مستقل موقعیت مکانی کاهش می‌یابد. به بیان دیگر، فاصله یا پراکنش مراکز تنها زمانی بر احساس عدالت اثرگذار است که با تفاوت در کیفیت خدمات همراه باشد؛ در غیر این صورت، ادراک شهروندان بیشتر بر تجربه واقعی آنان از فرایند دریافت خدمت استوار خواهد بود.

همچنین این بررسی تأکید دارد که ارائه خدمات بدون رعایت اصول عدالت، باعث افزایش نارضایتی و کاهش مشارکت اجتماعی می‌شود. در حوزه بهداشت و درمان که با زندگی و سلامت افراد ارتباط مستقیم دارد، اهمیت رعایت عدالت بیشتر است (Nosratinejad, 2024). فراهم آوردن شرایطی که همه افراد احساس کنند از مزایای موجود به میزان استحقاق خود بهره‌مند شده‌اند، می‌تواند هم همکاری اجتماعی را تقویت کند و هم مانع بروز تضادهای احتمالی شود (Abdolahtabar & Sajjadi, H., 2024) (Sajjadi, Sajjadi, H., Sam Aram, E., & TajMazinani, A., 2019).

در مجموع، یافته‌ها حاکی است که عدالت اجتماعی و کیفیت خدمات درمانی دو عامل کلیدی در رضایت و اعتماد شهروندان هستند و توزیع فضایی مراکز در این زمینه نقش ثانویه دارد. این امر ضرورت پایش مداوم، بهبود کیفیت کادر درمانی و مدیریت منابع را برای ایجاد عدالت واقعی و کاهش تنش‌ها در نظام سلامت به وضوح نشان می‌دهد.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تحقق عدالت در نظام سلامت مستلزم توجه هم‌زمان به ابعاد فضایی، سازمانی و ادراکی است؛ با این حال، نتایج مدل حاضر بیانگر آن است که در میان این ابعاد، کیفیت تعاملات و عدالت رویه‌ای نقش پررنگ‌تری در شکل‌گیری احساس عدالت ایفا می‌کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی بیش از آن‌که صرفاً متأثر از تعداد مراکز یا فاصله مکانی باشد، به کیفیت تعاملات نهادی، اعتماد به کادر درمانی و ادراک انصاف در ارائه خدمات وابسته است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران نظام سلامت، به‌ویژه در سازمان تأمین اجتماعی، در کنار توسعه فیزیکی مراکز درمانی، بر تقویت عدالت رویه‌ای تمرکز کنند. آموزش مهارت‌های ارتباطی و اخلاق حرفه‌ای به کارکنان درمانی، افزایش شفافیت در فرآیندهای پذیرش و ارائه خدمات، و طراحی سازوکارهای پاسخ‌گویی و رسیدگی به شکایات می‌تواند به ارتقای اعتماد مراجعان و کاهش احساس بی‌عدالتی منجر شود. همچنین، استفاده از نتایج تحلیل فضایی برای بازنگری در مکان‌یابی مراکز جدید یا توسعه خدمات سرپایی و درمان‌های مکمل در مناطق کم‌برخوردار، می‌تواند نابرابری‌های فضایی در دسترسی را کاهش داده و رضایت عمومی را افزایش دهد.

In Press

این مطالعه با وجود تلاش برای ارائه تحلیلی جامع، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. نخست، به دلیل ماهیت مقطعی پژوهش، امکان بررسی تغییرات احساس عدالت اجتماعی در طول زمان وجود نداشت. دوم، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه مراجعان را تا حدی محدود کند. سوم، داده‌ها بر اساس خوداظهاری پاسخگویان گردآوری شده‌اند که احتمال سوگیری پاسخ، به‌ویژه در متغیرهای ادراکی مانند احساس عدالت و اعتماد، وجود دارد. افزون بر این، مطالعه حاضر تنها مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد را دربر می‌گیرد و نتایج آن الزاماً قابل تعمیم به سایر شهرها یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نیست.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به‌صورت طولی انجام شوند تا پویایی احساس عدالت اجتماعی در تعاملات درمانی در طول زمان بررسی شود. همچنین، انجام مطالعات مقایسه‌ای میان مراکز درمانی دولتی، تأمین اجتماعی و خصوصی می‌تواند به درک دقیق‌تری از نقش ساختار نهادی در شکل‌گیری احساس عدالت کمک کند. استفاده از روش‌های کیفی، مانند مصاحبه‌های عمیق با بیماران و کادر درمانی، نیز می‌تواند ابعاد پنهان‌تر ادراک عدالت و تجربه بی‌عدالتی را آشکار سازد. افزون بر این، ترکیب مدل‌های پیشرفته تحلیل فضایی با شاخص‌های کیفی خدمات سلامت، می‌تواند مسیرهای جدیدی برای پژوهش در حوزه عدالت سلامت فراهم آورد.

مطالعه حاضر با تلفیق تحلیل فضایی دسترسی به مراکز درمانی و تحلیل اجتماعی احساس عدالت، به توسعه ادبیات عدالت سلامت کمک می‌کند. برخلاف بسیاری از پژوهش‌های پیشین که عدالت در نظام سلامت را صرفاً از منظر توزیع منابع یا شاخص‌های عینی دسترسی بررسی کرده‌اند، این پژوهش نشان می‌دهد که ادراک عدالت اجتماعی بیش از هر چیز متأثر از کیفیت تعاملات نهادی، اعتماد به کادر درمانی و تجربه‌های ذهنی مراجعان است. افزون بر این، ترکیب مدل P-Median در تحلیل فضایی با مدل رگرسیون چندمتغیره، چارچوبی تحلیلی ارائه می‌دهد که امکان بررسی هم‌زمان عوامل ساختاری و ادراکی را فراهم می‌سازد. بدین ترتیب، این مطالعه نه‌تنها خلأ موجود در پژوهش‌های داخلی درباره پیوند عدالت فضایی و عدالت ادراک‌شده را پر می‌کند، بلکه می‌تواند به‌عنوان الگویی برای مطالعات آینده در حوزه عدالت اجتماعی و نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

Works Cited

Abdolahtabar, H., & Sajjadi, H. (2024). Social Policy and Changes in the Health System in Iran. *refahj, 8*(70), 9-30.

Andreswari, R., & Fahrenkrog-Petersen, S. (2026). Fairness in healthcare processes: A quantitative analysis of decision making in triage. *arXiv*, 14-21.

Bagheri, S. (2005). An approach to the components of Ibn Khaldun's philosophy of history and its correlation with modern rationality. *Journal of Humanities Methodology,* (42), 40-70.

Bashirieh, H. (1992). Roundtable on Equality and Inequality. *Nameh Farhang, 2*(2), 116-122.

Chen, A. (2025). Barriers to health equity in the United States of America: can they be overcome? *International Journal for Equity in Health*, 24-39.

Damari, B. (2019). Road Map of Health Area in Iran Health System. *Refah J., 18*(70), 9-30.

Gallagher, K., Stojanovski, K., & Ogarrio, F. (2025). Applications of equity frameworks in theory based health behavior interventions: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24-36.

Ghaninejad, M. (2002). Social Justice and Economics. *Baztab Andeshah*(15), 61-66.

Gholami, S. a. (2025). The Right to the City in Iran's Media Discourse: A Tool for Awareness or Social Control? *Refah J., 25*(97), 285-314.

In Press

Gilson, L. (2025). Health systems as human systems: reflexivity, relationships, and resilience in the pursuit of the SDGs. *Frontiers in Public Health*, 13-22.
Hezar Jeribi, J. (2011). Study of the feeling of social justice and the factors affecting it (case study of Tehran. *Applied Sociology, 22*(43), 14-62.
Irani, S. H. (2019). a pathological assessment of social housing (Mehr) taking an approach toward social class inequality and urban deviation in Tabriz. *refahj., 18*(71), 135-180.
Jamshidi, M. (2001). *Theory of Justice.* Tehran: Imam Khomeini and Islamic Revolution Research Institute.
Karimi, A., Mohammadi, E., & Mohammadi, M. (2021). Designing a Model for Providing Supplementary Health Insurance in the Social Security Organization. *refahj., 21*(81), 129-166.
M., S. Q. (2003). *Social Justice in Islam.* Tehran: Bostan Ketab.
Mehrabian, F. (2021). Patient Satisfaction With the Quality of Health Services Provided by Public Hospitals. *Journal of Social Welfare, 20*(1), 45-60.
Momeni, F. (2006). The necessity of in-depth study of theoretical and administrative aspects of justice. *Tekapoo, a specialized scientific quarterly, 20*(79), 75-100.
Nosratinejad, F. a. (2024). Examining Health Related Policies in Development Plans (1 to 6) within the framework of Social Policy. *Refah J., 20*(79), @article{Abdollahtabar2024,.
Ojaghi, S., Bayat, R., Fazli, S., Keshavarz Tork, E, & Fath Taheri, A. (2023). Prioritization the Factors Affecting the future of Employment and Social Welfare in Iran. *Refah J., 22*(87), 221-251.
Pourehtesham, M. a. (2018). Relationship between Crime, Fertility Rates and Economic Growth. *Refah J*, 4-11.
Relationship between Crime, Fertility Rates and .(۲۰۱۸) .Mohaddasi Far, M & ,.Pourehtesham, M .Economic Growth .*Refah J*, ۱۱-۴.
Pour-Ezzat, A. (2003). The necessity of developing a culture of justice to achieve the promised just societ. *Tadbir*, 25-65.
Rawls, J. (2000). *A Theory of Justice.* Oxford: Oxford University Press.
Rorty, R. (1990). *The Priority of Democracy to Philosophy.* Oxford: Blackwell.
Saberifar, R. (2013). Determining the gap in the quality of services provided in municipalities (case study of Mashhad city). *Journal of Geographical Research, 28*(2), 127-140.
Saberifar, R. (2025). Analysis of access to health and medical services using the P-median method in the form of geographic information systems (case study of Mashhad metropolis). *Physical Development Planning, 14*(2), 87-102.
Sajjadi, H., Sajjadi, H., Sam Aram, E., & TajMazinani, A. (2019). Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran. *refahj, 18*(70), 31-76.
Steven, L. (1991). *Essays in social theory.* London: Macmillan.
van der Wal, Z., & Demircioglu, M. (2024). Ethical leadership, fairness, and trust in public organizations. *Public Management Review*, 1023-1045.

In Press