Perceived Social Justice in Social Security Organization Healthcare Centers in Mashhad: Spatial Accessibility and Factors Associated with Perceptions of Justice

1- Rostam Saberifar
PhD in Geography, Department of Geography and Urban Planning, Faculty of Law and Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)
r_saberifar@pnu.ac.ir

2- Saeid Sadeghipour
M.A. in Sociology, Social Security Organization of Mashhad, Mashhad, Iran.

Introduction: Conflicts and tensions between healthcare personnel and service users remain a persistent challenge within health systems, imposing social and economic costs. Many originate from perceived inequality, lack of fairness, and injustice in healthcare service delivery. Social justice, particularly its procedural and distributive dimensions, influences institutional trust, patient satisfaction, and conflict mitigation. This study aimed to analyze spatial accessibility to Social Security healthcare facilities in Mashhad and identify determinants of perceived social justice among service users.

Method: This descriptive–analytical study included 300 users of two Social Security hospitals in Mashhad. Data were collected through field observations and a structured questionnaire. Spatial accessibility was evaluated using the P-Median model in a GIS environment, while multivariate linear regression in SPSS was used to examine the factors associated with perceived social justice.

Findings: Only two Social Security hospitals serve Mashhad, requiring a substantial proportion of the urban population to incur considerable temporal and financial costs to access their services. More than one-third of respondents reported low perceived social justice. Regression analysis indicated that trust in staff competence, educational attainment, perceived fairness, and sense of security were positively associated with perceived social justice, whereas social alienation and residential location were negatively associated with it. Collectively, these variables explained 53% of the variance in perceived social justice.

Discussion: Institutional and perceptual factors, particularly trust in healthcare personnel, perceived fairness, and sense of security, demonstrated greater explanatory importance than spatial factors. Although spatial analysis revealed geographic concentration and accessibility constraints, improving service quality, enhancing transparency, and strengthening procedural justice may substantially mitigate tensions and improve service-user satisfaction.

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

Received: 2025/10/03
Revised: 2026/01/16
Accepted: 2026/07/01

Citation: Saberifar R, Sadeghipour S. (2026). Perceived Social Justice in Social Security Organization Healthcare Centers in Mashhad: Spatial Accessibility and Factors Associated with Justice Perceptions. Social Welfare Quarterly. 26(2), 141-167. doi:10.22034/refahj.26.2.580.5
URL: http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4529-en.html

Extended abstract

Introduction

Conflicts between medical staff and service users 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 spatial access and the broader context in which service users form 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 service users perceive social justice when using these services? (3) Which factors are significantly associated with 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 service users 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 reported low levels of perceived social justice, 48% reported moderate levels, and 14% reported high levels (table 1).

Table 1. Distribution of Respondents by Levels of Procedural Justice, Distributive Justice, and Perceived Social Justice

Level	Procedural Justice (%) n	Distributive Justice (%) n	Perceived Social Justice (%) n
Low	147 (49)	82 (27)	114 (38)
Moderate	124 (41)	162 (54)	143 (48)
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 Predictors of Perceived Social Justice

Variables	B	Std.	t	p-value
Security	0.232	0.101	2.460	0.002
Trust	0.723	0.070	11.866	< 0.001
Fairness	0.376	0.105	3.870	< 0.001
Literacy	0.297	0.186	2.483	0.015
Social Alienation	-0.206	0.099	-2.206	0.030
Place of Residence	-0.113	0.060	-2.094	0.039
Constant	2.168	3.233	0.680	< 0.001

Discussion

The findings indicate that although spatial accessibility constitutes an important contextual condition, service users' 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 service users 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.

Ethical Consideration

Compliance With Ethical Guidelines

All ethical principles relevant to the study were observed throughout the research process.

Authors' contributions

The first author contributed 80% to the study, including the conceptualization, methodology, data analysis, interpretation of findings, and preparation of the manuscript. The second author contributed 20% to the study, including data collection, literature review, and revision of the manuscript. Both authors approved the final version of the manuscript.

Funding

This research received no financial support or funding from any governmental, institutional, commercial, or other external source.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study or its publication.

Acknowledgments

The authors received no financial, institutional, or other external assistance in conducting or completing this research.

احساس عدالت اجتماعی در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد: تحلیل دسترسی فضایی و عوامل مؤثر بر ادراک عدالت

۱. رستم صابری‌فر
دکتر جغرافیا، . گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
r_saberifar@pnu.ac.ir

۲. سعید صادقی‌پور
کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، سازمان تأمین اجتماعی مشهد، مشهد، ایران.

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. از این منظر، بررسی وضعیت دسترسی فضایی مراکز درمانی در کنار شناسایی عوامل مرتبط با ادراک عدالت می‌تواند به تفکیک شرایط مکانی از عوامل نهادی و فردی کمک کند.

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 شد و برای تحلیل کمی داده‌ها و شناسایی عوامل مؤثر بر احساس عدالت اجتماعی، از رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار *SPSS* استفاده شد.

یافته‌ها: 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. احساس عدالت اجتماعی در بیش از یک‌سوم پاسخگویان پایین بود. نتایج رگرسیون نشان داد که اعتماد به توانمندی کارکنان، سطح سواد، ادراک انصاف و احساس امنیت پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و احساس بیگانگی اجتماعی و موقعیت مکانی محل سکونت پیش‌بینی‌کننده‌های منفی احساس عدالت اجتماعی هستند. این متغیرها درمجموع ۵۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند.

بحث: یافته‌ها نشان می‌دهد که در میان متغیرهای واردشده به مدل رگرسیون، عوامل نهادی و ادراکی، به‌ویژه اعتماد به کارکنان، ادراک انصاف و احساس امنیت، نقش برجسته‌تری در تبیین احساس عدالت اجتماعی دارند؛ درحالی‌که تحلیل فضایی، محدودیت و تمرکز مکانی دسترسی به مراکز درمانی را نشان می‌دهد. بر این اساس، ارتقای کیفیت خدمات، افزایش شفافیت و تقویت عدالت رویه‌ای می‌تواند نقش مؤثری در کاهش تنشها و افزایش رضایتمندی مراجعان ایفا کند.

واژه‌های کلیدی

دسترسی به خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، احساس عدالت، اعتماد، مشهد اجتماعی.

تاریخ دریافت: *۱۴۰۴/۰۷/۱۱*

اخرین اصلاح: *۱۴۰۴/۱۰/۲۶*

تاریخ پذیرش: *۱۴۰۵/۰۴/۱۰*

CC BY NC

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 (پوراحتشام و همکاران، ۲۰۱۸). 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 (داماری[1]، ۲۰۱۹).

در شهر مشهد، سازمان تأمین اجتماعی دارای دو بیمارستان فعال است که در بخش جنوبی شهر و در فاصله نسبتاً نزدیکی از یکدیگر قرارگرفته‌اند. این وضعیت، از منظر توزیع فضایی مراکز متعلق به سازمان تأمین اجتماعی، ضرورت بررسی الگوی دسترسی مکانی به خدمات درمانی را مطرح می‌کند. بااین‌حال، ارزیابی پیامدهای این الگوی فضایی بر احساس عدالت نیازمند بررسی هم‌زمان شرایط مکانی و ادراک مراجعان است.

مطالعات پیشین نشان می‌دهند که احساس عدالت اجتماعی پدیده‌ای چندبعدی است و تحت‌تأثیر 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 به شمار می‌آیند (هزارجریبی، ۲۰۱۱).

در کنار این عوامل، برخی پژوهشها به نقش نابرابریهای فضایی و تفاوتهای مکانی در

1. Damari

دسترسی به خدمات سلامت اشاره کرده‌اند (آندِرس‌واری و فارِن‌کروگ-پیترسِن[1]، ۲۰۲۶). باوجوداین، بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین یا بر عوامل نهادی، فردی و ادراکی مؤثر بر احساس عدالت تمرکز داشته‌اند و یا به بررسی توزیع و دسترسی فضایی خدمات درمانی پرداخته‌اند؛ ازاین‌رو، بررسی هم‌زمان وضعیت دسترسی فضایی و عوامل مرتبط با ادراک عدالت می‌تواند تصویر کامل‌تری از شرایط استفاده از خدمات درمانی ارائه دهد. از این منظر، یکی از مهم‌ترین خلأهای پژوهشی موجود، فقدان رویکردی تلفیقی برای بررسی نقش دسترسی فضایی در کنار عوامل نهادی و فردی در شکل‌گیری احساس عدالت اجتماعی در حوزه خدمات درمانی است.

این خلأ در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا بهره‌مندی از خدمات در این مراکز نه‌تنها تحت تأثیر میزان و الگوی توزیع فضایی امکانات و دسترسی به آنها، بلکه متأثر از نحوه تعامل با کارکنان، اعتماد به نظام ارائه خدمات، ادراک از انصاف و سایر ویژگیهای فردی و اجتماعی مراجعان است. بر این اساس، پژوهش حاضر در دو بخش مکمل انجام شده است: در بخش نخست، وضعیت توزیع و دسترسی فضایی به مراکز درمانی بررسی می‌شود و در بخش دوم، عوامل نهادی، فردی و مکانی مرتبط با احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان تحلیل می‌شوند. این رویکرد امکان تمایز میان شرایط عینی دسترسی و عوامل مرتبط با ادراک عدالت را فراهم کرده و درک دقیق‌تری از وضعیت عدالت در استفاده از خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

ازاین‌رو، پژوهش حاضر می‌کوشد با قراردادن تحلیل دسترسی فضایی در کنار تحلیل عوامل فردی و نهادی مرتبط با احساس عدالت، تصویری جامع‌تر از شرایط عینی و ادراکی مرتبط با استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد ارائه دهد. بر این مبنا، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسشهاست: وضعیت توزیع و دسترسی فضایی به

1. Andreswari and Fahrenkrog-Petersen

مراکز درمانی در شهر مشهد چگونه است؟ سطح احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان بیمارستانهای سازمان تأمین اجتماعی در چه وضعیتی قرار دارد؟ و کدام عوامل فردی، نهادی و مکانی با احساس عدالت اجتماعی مراجعان ارتباط دارند؟

پیشینه تجربی

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 موردتوجه 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 (نصرتی‌نژاد، ۲۰۲٤).

اگرچه این شاخصها برای ارزیابی کارآمدی و ظرفیت نظام سلامت ضروری‌اند، اما تمرکز بیش‌ازحد بر ابعاد عینی، موجب نادیده‌گرفتن بعد ذهنی و ادراکی عدالت شده است؛ بعدی که نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری اعتماد نهادی، رضایتمندی شهروندان و کاهش تنشهای اجتماعی دارد (غلامی، ۲۰۲۵).

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 (کریمی و همکاران، ۲۰۲۱). بااین‌حال، غالب این پژوهشها رویکردی فنی- کالبدی داشته و دسترسی را به‌عنوان پدیده‌ای صرفاً مکانی در نظر گرفته‌اند. درنتیجه، پیامدهای اجتماعی این الگوهای فضایی، به‌ویژه تأثیر آنها بر احساس عدالت، اعتماد و امنیت روانی مراجعان، کمتر در کانون توجه قرار گرفته است (عبدالله‌تبار و سجادی، ۲۰۲٤).

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 (صابری‌فر، ۲۰۱۳). بااین‌حال، 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 موردتوجه قرار گرفته است (سجادی و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعات جدیدتر نیز نشان می‌دهند که در نظامهای درمانی، ادراک نابرابری و بی‌عدالتی می‌تواند، حتی در شرایط محدودیت منابع، به کاهش اعتماد عمومی، افزایش تعارض میان مراجعان و کادر درمان و تضعیف سرمایه اجتماعی منجر شود. این مطالعات بر اهمیت کیفیت تعاملات نهادی و احساس رعایت انصاف در ارزیابی عملکرد نظام سلامت از سوی شهروندان تأکید دارند؛ ازاین‌رو، نادیده‌گرفتن این ابعاد می‌تواند سیاستهای توسعه سلامت را با چالشهای اجتماعی مواجه کند (اجاقی و همکاران، ۲۰۲۳).

باوجوداین، 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؛ درحالی‌که پیوند هم‌زمان این دو حوزه، یعنی بررسی رابطه میان الگوی فضایی مراکز درمانی و احساس عدالت اجتماعی شهروندان، کمتر موردتوجه 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 (نصرت‌نژاد، ۲۰۲٤).

بر این اساس، می‌توان گفت که با وجود حجم قابل‌توجه مطالعات درزمینه 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 خلأ، تحلیل وضعیت دسترسی فضایی مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی را در کنار سنجش احساس عدالت اجتماعی و ابعاد رویه‌ای و توزیعی آن از دیدگاه مراجعان قرار می‌دهد. انجام این مطالعه ازآن‌جهت ضروری است که می‌تواند مبنایی علمی برای بهبود سیاست‌گذاری سلامت، ارتقای اعتماد نهادی و کاهش تنشهای اجتماعی در نظام درمانی فراهم کند.

مبانی نظری

در اندیشه اسلامی، عدالت به معنای قرارگرفتن هر چیز در جای شایسته خود و مبنایی برای تنظیم روابط اجتماعی و تأمین خیر عمومی تلقی می‌شود (هزارجریبی، ۲۰۱۱). از دید هایک (غنی‌نژاد، ۲۰۰۲) عدالت اجتماعی به سازمان‌دهی منصفانه جامعه و توزیع نتایج آن مربوط است، درحالی‌که کمپیل عدالت را مفهومی بنیادین در نظریه‌های اجتماعی و اخلاقی می‌داند (هزارجریبی، ۲۰۱۱). از دیدگاه جامعه‌شناسی، عدالت سازوکاری برای تنظیم نابرابریهای اجتماعی و ایجاد توازن در توزیع منابع، فرصتها و رویه‌های نهادی است (استیون[1]، ۱۹۹۱).

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 لیبرال دموکراسی. با وجود این تفاوتها، همه این دیدگاهها بر اهمیت سازوکارهای منصفانه در تخصیص منابع و تصمیم‌گیری تأکید دارند (پورعزت، ۲۰۰۳). 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.

1. Steven

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 (رورتی[1]، ۱۹۹۰). بر این اساس، قضاوت درباره عدالت یک فرایند چهارمرحله‌ای است: انتخاب قانون عدالت، پیش‌بینی پیامدهای منصفانه، مقایسه با واقعیت و ارزیابی میزان انصاف. ازآنجاکه استانداردهای عینی عدالت توزیعی کمیاب‌اند، این قضاوتها عموماً ذهنی و وابسته به زمینه اجتماعی‌اند.

عدالت توزیعی به ادراک افراد از انصاف در تخصیص منابع و خدمات اشاره دارد و عدالت رویه‌ای بر منصفانه‌بودن فرایندهای تصمیم‌گیری، شفافیت، احترام به مراجعان و ثبات رویه‌ها تأکید می‌کند. در محیط‌های خدماتی، ادراک افراد از نحوه تخصیص خدمات و همچنین چگونگی اجرای رویه‌ها می‌تواند بر قضاوت آنان درباره عدالت اثرگذار باشد. از این منظر، عدالت توزیعی بیشتر به پیامدها و نحوه توزیع منابع و خدمات مربوط است، درحالی‌که عدالت رویه‌ای بر فرایندها و شیوه تصمیم‌گیری و ارائه خدمات تمرکز دارد. این دو بعد در کنار یکدیگر می‌توانند چارچوب مناسبی برای سنجش احساس عدالت اجتماعی در محیط‌های درمانی فراهم کنند (مؤمنی، ۲۰۰۶).

رالز، از برجسته‌ترین متفکران عدالت در قرن بیستم، نظریه «عدالت به‌مثابه انصاف» را ارائه کرد (راولز[2]، ۲۰۰۰). از نظر او، «عدالت به‌مثابه 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 (ایرانی، ۲۰۱۹).

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 (بشیریه، ۱۹۹۲). در

1. Rorty
2. Rawls

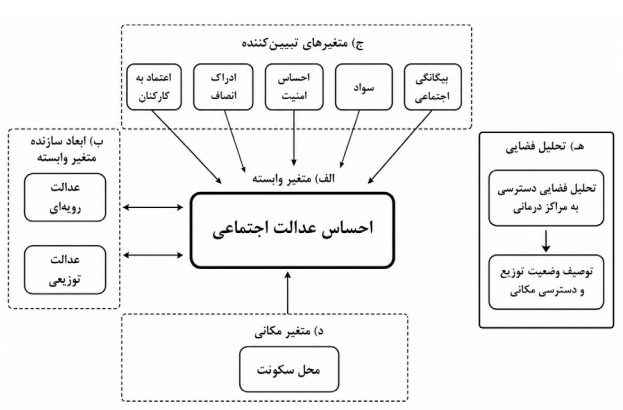
نگاه اسلامی، عدالت تنها ناظر به توزیع ثروت نیست، بلکه شامل عدالت سیاسی، فرهنگی، آموزشی و قضایی نیز می‌شود. سید قطب بنیان عدالت اجتماعی را بر سه رکن «آزادی»، «مساوات» و «همکاری انسانی» استوار می‌داند. از دید او، دو محور اصلی عدالت اجتماعی عبارت‌اند از:

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 (جمشیدی، ۲۰۰۱).

درمجموع، 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 در پژوهش حاضر، عدالت توزیعی و عدالت رویه‌ای به‌عنوان دو بعد سازنده احساس عدالت اجتماعی در نظر گرفته شده‌اند و عوامل فردی، نهادی و مکانی مرتبط با این سازه موردبررسی قرار می‌گیرند. بر همین اساس، مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) تدوین شده است.

شکل ۱، مدل مفهومی تحقیق



روش

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 همه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستانهای سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد در زمان اجرای پژوهش بوده است. با توجه به فعال‌بودن تنها دو بیمارستان تأمین اجتماعی در این شهر، مطالعه بر همین دو مرکز متمرکز شده است.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. بدین‌صورت 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. درمجموع، ۳۰۰ پرسشنامه معتبر جمع‌آوری و در تحلیلهای آماری استفاده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته بود که بر اساس اهداف پژوهش طراحی شد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود:۱) ویژگیهای زمینه‌ای پاسخ‌دهندگان و ۲) 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 کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. همه گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری شدند.

برای سنجش متغیر وابسته، یعنی احساس عدالت اجتماعی، ابتدا میانگین گویه‌های مربوط به عدالت رویه‌ای و عدالت توزیعی به‌طور جداگانه محاسبه شد. سپس میانگین دو بعد به‌عنوان شاخص ترکیبی احساس عدالت اجتماعی در نظر گرفته شد. بنابراین، عدالت رویه‌ای و عدالت توزیعی در این پژوهش دو بعد سازنده متغیر وابسته «احساس عدالت اجتماعی» هستند و به‌عنوان متغیرهای مستقل در مدل رگرسیون وارد نشده‌اند. نمره بالاتر شاخص ترکیبی نشان‌دهنده احساس عدالت اجتماعی بیشتر بود و این شاخص به‌صورت یک متغیر کمی در تحلیل رگرسیون مورداستفاده قرار گرفت.

به‌منظور بررسی الگوی توزیع مکانی و وضعیت دسترسی جمعیت به خدمات درمانی، از مدل P-Median در محیط GIS استفاده شد. در این تحلیل، مراکز درمانی موجود به‌عنوان مراکز عرضه خدمات و واحدهای جمعیتی به‌عنوان نقاط تقاضا در نظر گرفته شدند و فاصله مکانی میان نقاط تقاضا و مراکز عرضه برای ارزیابی وضعیت دسترسی مورداستفاده قرار گرفت. هدف از به‌کارگیری این مدل، شناسایی الگوی تمرکز مراکز درمانی و نواحی دارای دسترسی کمتر به خدمات بود. نتایج تحلیل فضایی در کنار یافته‌های پیمایش و صرفاً به‌عنوان شواهد زمینه‌ای مورداستفاده قرار گرفت.

تحلیل فضایی در این مطالعه به‌صورت مستقل از مدل رگرسیون انجام شد و خروجی آن به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل آماری نشد. بنابراین، نتایج تحلیل P-Median برای توصیف وضعیت توزیع و دسترسی مکانی مراکز درمانی به کار رفت و از آن برای استنباط رابطه

مستقیم یا علّی میان فاصله مکانی و احساس عدالت اجتماعی استفاده نشد.

در مرحله پیمایش، رگرسیون خطی چندمتغیره برای بررسی ارتباط متغیرهای فردی، نهادی و مکانی با احساس عدالت اجتماعی به کار رفت. متغیر محل سکونت به‌عنوان متغیری طبقه‌ای وارد مدل شد و طبقات آن با استفاده از متغیرهای مجازی و با درنظرگرفتن یک طبقه به‌عنوان گروه مرجع کدگذاری شدند. همچنین برخی ویژگیهای زمینه‌ای پاسخ‌دهندگان به‌منظور کاهش اثر متغیرهای مداخله‌گر در تحلیل لحاظ شدند. ضریب تعیین مدل نشان داد که متغیرهای واردشده توان تبیین بخش قابل‌توجهی 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 شد. 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 ۵/۳۷ سال با انحراف معیار ۱۲/۳ 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 به‌این‌ترتیب 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.

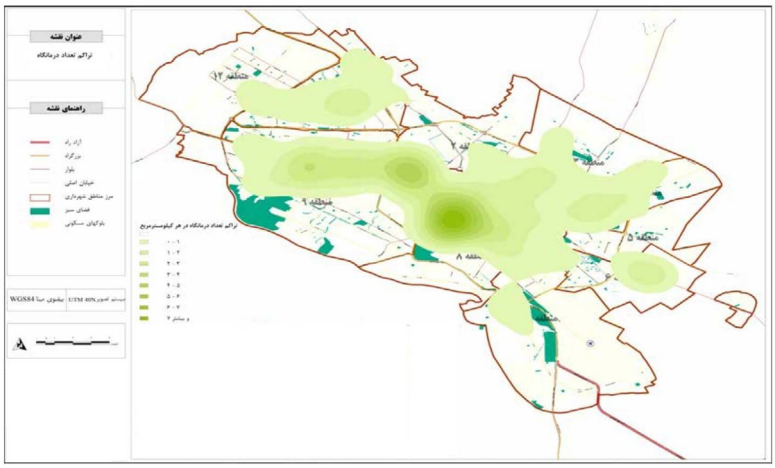
از نظر محل سکونت، ٤۲٪ پاسخگویان در مناطق مرکزی شهر، ۳۸٪ در مناطق جنوبی و ۲۰٪ در مناطق حاشیه‌ای سکونت داشتند. درمجموع، ویژگیهای جمعیت‌شناختی پاسخگویان

نشان می‌دهد که نمونه از نظر جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و محل سکونت دارای تنوع بوده است و این ویژگیها در تحلیل عوامل مرتبط با احساس عدالت اجتماعی موردتوجه قرار گرفت.

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 قابل‌ارائه بود. با توجه به اینکه تنها دو بیمارستان تأمین اجتماعی در شهر مشهد فعال بودند، بخشی از مراجعان سازمان تأمین اجتماعی می‌توانستند از سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز استفاده کنند. ازاین‌رو، برای توصیف زمینه فضایی ارائه خدمات درمانی، در تحلیل مکانی علاوه بر مراکز متعلق به سازمان تأمین اجتماعی، توزیع سایر مراکز درمانی شهر مشهد نیز موردتوجه قرار گرفت. بر این اساس، ابتدا نحوه توزیع این مراکز مشخص شد که نتایج آن در شکل ۲ ارائه شده است.

شکل ۲، توزیع مراکز درمانی شهر مشهد



همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، بخش قابل‌توجهی از مراکز و تجهیزات درمانی در امتداد نواحی جنوبی تا شمال غربی شهر تمرکز یافته‌اند، هرچند در برخی نواحی دیگر نیز مراکز درمانی پراکنده وجود دارد. این الگو بیانگر توزیع یکنواخت مراکز درمانی در سطح شهر نیست و می‌تواند به تفاوت مکانی در میزان دسترسی شهروندان به خدمات منجر شود. برای بررسی نسبت میان پراکنش مراکز درمانی و توزیع جمعیت، شکل ۳ تهیه شد. مقایسه این دو الگو امکان شناسایی نواحی دارای تراکم بیشتر یا کمتر امکانات درمانی نسبت به جمعیت را فراهم می‌کند؛ بااین‌حال، این مقایسه صرفاً وضعیت عینی توزیع و دسترسی را نشان می‌دهد و به‌تنهایی بیانگر احساس عدالت اجتماعی مراجعان نیست. مقایسه توزیع جمعیت با پراکنش مراکز درمانی، امکان شناسایی نواحی دارای تراکم بیشتر و کمتر از امکانات درمانی را فراهم می‌کند؛ بااین‌حال، این تحلیل به‌تنهایی بیانگر احساس عدالت اجتماعی مراجعان نیست و نتایج آن در این پژوهش به‌عنوان زمینه مکانی برای تفسیر یافته‌های پیمایشی استفاده شده است.

شکل شماره ۳، تمرکز جمعیت شهر مشهد



نتایج تحلیل مکانی نشان داد که مراکز و تجهیزات درمانی در بخشهایی از شهر، به‌ویژه در امتداد نوار جنوبی تا شمال‌غربی، تمرکز بیشتری دارند؛ در مقابل، برخی بخشهای پیرامونی از تراکم کمتری از مراکز درمانی برخوردارند. این وضعیت بیانگر تفاوت مکانی در پراکنش امکانات درمانی و ضرورت توجه به دسترسی فضایی در برنامه‌ریزی خدمات سلامت است.

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

جدول شماره ۱، توزیع پاسخگویان بر حسب سطح عدالت رویه‌ای، عدالت توزیعی و احساس عدالت اجتماعی

سطح	عدالت رویه‌ای (٪)، تعداد	عدالت توزیعی (٪)، تعداد	احساس عدالت اجتماعی (٪)، تعداد
پایین	۱٤۷ (٤۹)	۸۲ (۲۷)	۱۱٤ (۳۸)
متوسط	۱۲٤ (٤۱)	۱٦۲ (٥٤)	۱٤۳ (٤۸)
بالا	۲۹ (۱۰)	٥٦ (۱۹)	٤۳ (۱٤)
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۳۸ درصد از پاسخگویان احساس عدالت اجتماعی را در سطح پایین، ٤۸ درصد در سطح متوسط و ۱٤ درصد در سطح بالا ارزیابی کرده‌اند. در بعد عدالت رویه‌ای، ٤۹ درصد پاسخگویان در سطح پایین، ٤۱ درصد در سطح متوسط و ۱۰ درصد در سطح بالا قرار داشتند. در بعد عدالت توزیعی نیز این نسبتها به ترتیب ۲۷، ٥٤ و ۱۹ درصد بود. بنابراین، در هر دو بعد، سهم پاسخگویانی که عدالت را در سطح متوسط یا پایین ارزیابی کرده‌اند، بیشتر از گروه دارای ارزیابی بالا است. این توزیع پاسخها نشان می‌دهد که احساس عدالت اجتماعی در میان مراجعان عمدتاً در سطح متوسط قرار دارد و سهم قابل‌توجهی نیز ارزیابی پایینی از عدالت داشته‌اند.

جدول شماره ۲، توزیع پاسخها و میانگین مؤلفه‌های عدالت رویه‌ای

شرح	کاملاً موافق	موافق	تا حدودی	مخالف	کاملاً مخالف	اولویت بر اساس میانگین
تغییر قوانین	۷/۷	۸/۰	۲۲/٦	۳۱/۸	۲۹/۹	٥
رفتار پرسنل	۷/٤	۱۰/٦	۲۳/۲	۲۹/٦	۳۰/۲	٤
برابری	٤/٦	۸/۲	۱۱/٥	۳۹/۰	۳٦/۷	۳
رویه‌های ثابت	٥/۱	۱۳/۷	۲٦/۰	۲٤/۲	۳۱/۰	٦
نیازسنجی	٤/٦	۱۸/٤	۲۳/۹	۲٥/۰	۲۸/۱	۲
شایستگی	٥/٦	۱۳/۹	۲۳/۷	۲۷/۹	۲۸/۹	۱

به‌طورکلی، نتایج بررسی مؤلفه‌های عدالت رویه‌ای نشان داد که پاسخ‌دهندگان ثبات رویه‌ها، رفتار کارکنان، برابری در ارائه خدمات و رعایت شایستگی را عمدتاً در سطح مطلوب ارزیابی نکرده‌اند.

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، توزیع پاسخها و میانگین مؤلفه‌های عدالت توزیعی

شرح	کاملاً موافق٪	موافق٪	تا حدودی٪	مخالف٪	کاملاً مخالف٪	میانگین	اولویت
دسترسی	۷	۹	۲٤	۲۸	۳۲	۲	۳
استحقاق	٦	۱٤	۳۹	۱۸	۲۳	۳	۱
شکایات	۹	۱٥	۱٦	۲۰	٤۰	۲	۲
رعایت قانون	٦	۱۳	۱۸	۲٦	۳٦	۲	٥
برابری	۷	۱۰	۲۲	۲٦	۳٥	۲	٤

در بررسی مؤلفه‌های عدالت توزیعی در میان مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی، نتایج نشان داد که بیشتر مؤلفه‌ها در سطح متوسط یا پایین قرار دارند. این نتایج بیانگر آن است که پاسخ‌دهندگان توزیع خدمات درمانی را کاملاً منصفانه ارزیابی نمی‌کنند.

به‌منظور بررسی متغیرهای مرتبط با احساس عدالت اجتماعی مراجعان بیمارستانهای

تأمین اجتماعی شهر مشهد، از رگرسیون خطی چندمتغیره استفاده شد. در این مدل، احساس عدالت اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای فردی، نهادی و مکانی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد شدند (جدول ٤).

جدول ٤، ضریب رگرسیونی پیش‌بینی‌کننده‌های احساس عدالت

متغیرها	B	Std.	t	مقدار احتمال (p)
امنیت	۰/۲۳۲	۰/۱۰۱	۲/٤٦۰	۰/۰۰۲
اعتماد	۰/۷۲۳	۰/۰۷۰	۱۱/۸٦٦	< ۰/۰۰۱
انصاف	۰/۳۷٦	۰/۱۰٥	۳/۸۷۰	< ۰/۰۰۱
سواد	۰/۲۹۷	۰/۱۸٦	۲/٤۸۳	۰/۰۱٥
بیگانگی	-۰/۲۰٦	۰/۰۹۹	-۲/۲۰٦	۰/۰۳۰
محل سکونت	-۰/۱۱۳	۰/۰٦۰	-۲/۰۹٤	-۰/۳۹
عدد ثابت	۲/۱٦۸	۳/۲۳۳	۰/٦۸۰	< ۰/۰۰۱

شاخصهای کلی مدل: $N=۳۰۰$، $p<۰/۰۰۱$، $F(٦,۲۹۳)=٥٥/۰٦۷$، $Adjusted\ R^2=۰/٥۲۰$، $R^2=۰/٥۳۰$، $R=۰/۷۲۸$

نتایج رگرسیون نشان داد که اعتماد به کارکنان، سواد، ادراک انصاف و احساس امنیت با احساس عدالت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار دارند، درحالی‌که بیگانگی اجتماعی و متغیر محل سکونت واردشده به مدل، رابطه منفی و معناداری با احساس عدالت اجتماعی نشان دادند. در میان متغیرهای واردشده به مدل، اعتماد به کارکنان بالاترین ضریب استانداردشده را داشت و از این نظر، قوی‌ترین متغیر مرتبط با احساس عدالت اجتماعی در مدل بود. نتایج کلی مدل رگرسیون نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰/۷۲۸، ضریب تعیین برابر با ۰/۵۳۰ و ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با ۰/۵۲۰ است. همچنین، مدل رگرسیون از نظر آماری معنادار بود (اف مساوی ۵۵/۰٦۷ و احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). به‌بیان‌دیگر، متغیرهای واردشده درمجموع حدود ۵۳ درصد از واریانس احساس عدالت اجتماعی را تبیین کردند. با توجه به مقطعی‌بودن پژوهش، این روابط به‌عنوان روابط آماری و نه روابط علّی تفسیر می‌شوند.

بحث

هدف این مطالعه، بررسی احساس عدالت اجتماعی مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد، سنجش ابعاد رویه‌ای و توزیعی عدالت و بررسی عوامل فردی، نهادی و مکانی مرتبط با این احساس، در کنار تحلیل وضعیت دسترسی فضایی مراکز درمانی بود.

یافته‌های این پژوهش با بخشی از مطالعات انجام‌شده در حوزه عدالت و نظام سلامت همخوانی دارد. مطالعات مختلف بر اهمیت کیفیت تعاملات انسانی، اعتماد نهادی و تجربه مراجعان در ارزیابی عملکرد نظام سلامت تأکید کرده‌اند (گیلسون[1]، ۲۰۲۵). همچنین، پژوهشهای مرتبط با عدالت و اعتماد در سازمانهای عمومی نشان داده‌اند که ادراک انصاف و رفتار منصفانه می‌تواند با اعتماد افراد به نهادهای ارائه‌دهنده خدمات ارتباط داشته باشد (ون‌در وال و دمیرچی‌اوغلو[2]، ۲۰۲٤). این یافته‌ها با نتیجه پژوهش حاضر درباره نقش برجسته اعتماد به کارکنان در احساس عدالت اجتماعی هم‌راستا است.

از سوی دیگر، نتایج این مطالعه نشان داد که احساس بیگانگی اجتماعی و متغیر محل سکونت واردشده به مدل، با احساس عدالت اجتماعی رابطه منفی و معناداری دارند. تفسیر دقیق اثر متغیر محل سکونت به نحوه کدگذاری طبقات محل سکونت و گروه مرجع در مدل رگرسیون وابسته است؛ ازاین‌رو، این یافته را نمی‌توان بدون مشخص‌کردن گروه مرجع به‌عنوان اثر کلی «حاشیه‌نشینی» یا «محرومیت مکانی» تفسیر کرد.

بااین‌حال، نتیجه کلی نشان می‌دهد که تفاوتهای مکانی محل سکونت در این نمونه با تفاوت در احساس عدالت اجتماعی همراه بوده 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

1. Gilson
2. van der Wal & Demircioglu

می‌کنند (چن[1]، ۲۰۲۵). 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.

درمجموع، مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که الگوهای شکل‌گیری احساس عدالت در نظام سلامت، با وجود 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 تجربه‌زیسته مراجعان برجسته می‌کند. 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 احساس عدالت بیش از آنکه تابع ویژگیهای کالبدی و توزیع جغرافیایی خدمات باشد، تحت‌تأثیر 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 به‌تنهایی برای شکل‌گیری احساس عدالت اجتماعی کافی نیست و تحقق آن نیازمند تقویت عدالت رویه‌ای و کیفیت ارائه خدمات است.

نتایج رگرسیون نشان داد که در میان متغیرهای واردشده به مدل، اعتماد به کارکنان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده احساس عدالت اجتماعی بود. همچنین ادراک انصاف، احساس امنیت و سواد رابطه مثبت و بیگانگی اجتماعی رابطه منفی با احساس عدالت اجتماعی داشتند؛ نتیجه‌ای که با مطالعات محرابیان (۲۰۲۱) و صابری‌فر (۲۰۲۵) همسو است.

یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که شرایط مکانی دسترسی باید در کنار تجربه مراجعان از فرایند ارائه خدمات و ویژگیهای نهادی موردتوجه قرار گیرد؛ بااین‌حال، تعیین رابطه علّی میان فاصله مکانی و احساس عدالت به داده‌ها و طراحی پژوهشی متفاوتی نیاز دارد.

یافته‌های این پژوهش بر اهمیت رعایت اصول عدالت در ارائه خدمات درمانی تأکید

1. Chen

دارد. در حوزه بهداشت و درمان که خدمات مستقیماً با سلامت و کیفیت زندگی افراد ارتباط دارند، نحوه توزیع خدمات و کیفیت فرایند ارائه آنها می‌تواند در ارزیابی مراجعان از عدالت مؤثر باشد (نصرت‌نژاد، ۲۰۲٤). از این منظر، فراهم‌کردن شرایطی که مراجعان خدمات را منصفانه و متناسب با نیاز خودارزیابی کنند، می‌تواند به تقویت اعتماد و رضایت آنان از نظام ارائه خدمات کمک کند (عبداللهتبار و سجادی، ۲۰۲٤؛ سجادی و همکاران، ۲۰۱۹).

درمجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که احساس عدالت اجتماعی مراجعان با مجموعه‌ای از عوامل نهادی، ادراکی و فردی ارتباط دارد و در میان متغیرهای بررسی‌شده، اعتماد به کارکنان برجسته‌ترین پیش‌بینی‌کننده آن بوده است.

درمجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تحقق عدالت در نظام سلامت مستلزم توجه هم‌زمان به ابعاد فضایی، سازمانی و ادراکی است؛ بااین‌حال، 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.

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 قابل‌تعمیم به سایر شهرها یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نیست.

تحلیل فضایی و تحلیل پیمایشی در این مطالعه در دو سطح متفاوت انجام شده‌اند و ازاین‌رو، نتایج تحلیل مکانی نباید به‌عنوان آزمون مستقیم رابطه میان الگوی فضایی دسترسی و ادراک فردی عدالت تفسیر شوند. 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 احساس عدالت و تجربه بی‌عدالتی را آشکار کند. 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 خدمات درمانی و تحلیل اجتماعی احساس عدالت، دو بعد مکمل مسئله عدالت در خدمات سلامت را بررسی کرده است. تحلیل فضایی، وضعیت توزیع و دسترسی مکانی مراکز درمانی را توصیف کرد و تحلیل پیمایشی، عوامل فردی و نهادی مرتبط با احساس عدالت مراجعان را موردبررسی قرار داد. یافته‌ها نشان دادند که در میان متغیرهای واردشده به مدل، اعتماد به کارکنان بالاترین ضریب استانداردشده

را داشت و عوامل نهادی و ادراکی نقش برجسته‌ای در تبیین تفاوتهای احساس عدالت داشتند. بااین‌حال، به دلیل تفاوت سطح تحلیل فضایی و پیمایشی، نتایج تحلیل فضایی به‌عنوان آزمون مستقیم رابطه میان دسترسی مکانی و ادراک فردی عدالت تفسیر نمی‌شوند. ازاین‌رو، ارزش اصلی رویکرد تلفیقی پژوهش حاضر در کنار هم قرار دادن شواهد مکانی و ادراکی برای ارائه تصویری جامع‌تر از وضعیت خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد است.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعملهای اخلاقی

در تمامی مراحل انجام این پژوهش، همه اصول و ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعه رعایت شد.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول ۸۰ درصد از مراحل انجام پژوهش، شامل مفهوم‌پردازی، تدوین روش‌شناسی، تحلیل داده‌ها، تفسیر یافته‌ها و نگارش مقاله را بر عهده داشت. نویسنده دوم ۲۰ درصد از پژوهش، شامل جمع‌آوری داده‌ها، بررسی و مرور منابع و بازنگری مقاله را انجام داد. هر دو نویسنده نسخه نهایی مقاله را بررسی و تأیید کردند.

تأمین مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت یا کمک مالی از سوی منابع دولتی، مؤسسات، سازمانهای تجاری یا سایر منابع خارجی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در ارتباط با انجام این پژوهش و انتشار آن، هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در فرایند جمع‌آوری داده‌ها و اجرای این پژوهش همکاری کردند، قدردانی می‌کنند.

- Abdolahtabar, H., & Sajjadi, H. (2024). Social Policy and Changes in the Health System in Iran. refahj, 8(70), 9-30. (in Persian) https://doi.org/10.32598/refahj.24.94.2810.3
- Andreswari, R., & Fahrenkrog-Petersen, S. (2026). Fairness in healthcare processes: A quantitative analysis of decision making in triage. arXiv, 14-21. https://doi.org/10.48550/arXiv.2601.11065
- Bashirieh, H. (1992). Roundtable on Equality and Inequality. Nameh Farhang, 2(2), 116-122. (in Persian)
- 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. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02401-w
- Damari, B. (2019). Road Map of Health Area in Iran Health System. Refah J., 18(70), 9-30. http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3331-en.html
- 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 Persian)
- Gilson, L. (2025). Health systems as human systems: reflexivity, relationships, and resilience in the pursuit of the SDGs. Frontiers in Public Health, 13-22. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1653839
- 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. (in Persian) https://sid.ir/paper/154969/fa
- 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. (in Persian) https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2823-en.html
- Jamshidi, M. (2001). Theory of Justice. Tehran: Imam Khomeini and Islamic Revolution Research Institute. (in Persian)
- 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. (in Persian) http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3616-en.html
- Mehrabian, F. (2021). Patient Satisfaction With the Quality of Health Services Provided by Public Hospitals. Journal of Social Welfare, 20(1), 45-60. (in Persian) https://doi.org/10.32598/jhnm.31.1.2022
- 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), 195-226. (in Persian)

http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3252-en.html

- 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. (in Persian) https://doi.org/10.32598/refahj.22.87.4133.1

- Pourehtesham, M., & Mohaddasi Far, M. (2018). Relationship between Crime, Fertility Rates and Economic Growth. Refah J., 4-11. (in Persian) http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3181-en.html

- Pour-Ezzat, A. (2003). The necessity of developing a culture of justice to achieve the promised just societ. Tadbir, 25-65. (in Persian)

- 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. (in Persian) https://jgr.ui.ac.ir/article_17983.html?lang=en

- 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. (in Persian) https://psp.journals.pnu.ac.ir/article_12617.html?lang=en

- 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. (in Persian)

- Steven, L. (1991). Essays in social theory. London: Macmillan. http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3332-en.html

- van der Wal, Z., & Demircioglu, M. (2024). Ethical leadership, fairness, and trust in public organizations. Public Management Review, 1023-1045.